

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 131

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 janvier 1904, à 1 heure

Par E. PAULY

Contribution à l'étude

DE

L'HYDRORRHÉE DÉCIDUALE

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : } MM. DE LAPERSONNE, professeur.
SCHWARTZ et RÉNON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		N....
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Maladies des enfants		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.		TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.		DE LAPPERSONNE
Clinique d'accouchements		GUYON.
		BUDIN.
Clinique gynécologique		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER et FARABEUF.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chet	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MERE

A MON PÈRE

A MA MERE

Hommage de filiale affection.

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

DE L'HYDRORRHÉE

ET DES

HYDRO-HEMATORRHÉES DÉCIDUALES

INTRODUCTION

Définition.

Autrefois employée chaque fois qu'une émission de liquide quelconque venait troubler le cours de la grossesse, le mot HYDRORRHÉE est aujourd'hui réservé :

1° A l'écoulement des liquides provenant de la rupture des membranes, chorion et amnios, c'est l'hydrorrhée amniotique.

2° A l'émission de sérosités provenant des membranes de l'œuf modifiées, c'est l'*hydrorrhée déciduale*.

La dernière seule de ces deux variétés nous arrêtera ici.

Division.

Notre désir au début de ces recherches n'est pas d'étudier les métrorrhagies des six premiers mois de la grossesse dont le cadre nosologique est considérable mais bien de nous limiter à l'étude des écoulements hydorrhéique, hydro-hématorrhéique et hématorrhéique, qui rentrent dans les faits communément désignés sous le nom d'hydorrhée déciduale.

Nous passerons d'abord en revue l'histoire de cette affection, connue il est vrai depuis bien des années mais souvent mal classée et confondue avec d'autres manifestations morbides et surtout expliquée de façons très diverses.

Après un exposé aussi exact que possible des symptômes, nous rechercherons les éléments du diagnostic qui permettent d'éviter toute erreur et nous tâcherons d'élucider ensuite avec l'aide de l'anatomie pathologique et de l'étiologie, quelles peuvent être les lésions qui président à cet ordre de faits ; autrement dit, nous essaierons d'établir les lois pathogéniques de cette affection et nous terminerons cette étude par quelques mots de traitement.

Il nous a malheureusement été difficile de réunir un grand nombre d'observations, cette affection n'ayant pas été depuis quelque temps recherchée systématiquement dans les services d'obstétrique en dehors du service de la Maternité de Lariboisière, sous la direction de M. Bonnaire.

Nous avons donc été obligé de puiser dans les observations déjà parues ou publiées pour contrôler nos recherches.

Nous n'avons pas davantage la prétention de découvrir quelque fait nouveau, capable d'enrichir la science sur la question si intéressante de la pathogénie de ces affections.

Nos vues sont plus modestes et nous serions simplement satisfait d'apporter une preuve de plus à l'appui des conclusions antérieurement énoncées.

Avant de commencer ce travail qui met un terme à nos études nous tenons à rendre un juste hommage à nos maîtres qui ont consacré leurs efforts à notre enseignement. D'abord à nos maîtres dans les hôpitaux de Bordeaux.

Nous remercions tout particulièrement MM. les D^{rs} DAVEZAC et DUBOURG qui nous donnèrent les premiers éléments de médecine et de chirurgie.

Que M. le professeur ARNOZAN qui, à plus d'un titre, a droit à nos remerciements, soit assuré de notre profonde gratitude.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Paris. Nous garderons le meilleur souvenir des années passées dans les services de M. le professeur JACCOUD dont nous avons eu l'honneur d'entendre les dernières cliniques ; et de M. le professeur POZZI, professeur de clinique gynécologique.

Nous sommes heureux d'exprimer à notre maître dévoué, M. le professeur agrégé BONNAIRE, accoucheur à la Maternité de Lariboisière, notre vive reconnaissance

pour le sujet qu'il nous a inspiré et les conseils qu'il nous a donnés. Les quelques mois passés dans son service nous seront des plus profitables.

M. le professeur CORNIL nous a fait le plus grand honneur en acceptant de présider notre thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer nos respectueux remerciements.

HISTORIQUE

L'hydrorrhée désignant tout écoulement des eaux à travers les organes génitaux pendant le cours de la grossesse est un phénomène pathologique reconnu depuis de nombreuses années.

Communément désignée sous le nom de « fausses-eaux » *hydrorrhæ uteri gravidarum* par Guilleméau et Mauriceau, plus sous le nom de « métrorrhée » par Chassinat et Bouchacourt c'est à Nœgele que revient le choix du mot hydrorrhée.

La première observation remonte à 1648, elle est due à Ph. Salmuth mais il se contente de signaler le fait sans en chercher l'explication.

Ce n'est qu'au cours du xvii^e siècle que nous voyons surgir tour à tour un certain nombre de théories pathogéniques : Jacques Guilleméau dans ses Œuvres de chirurgie nous dit : « Quelquefois les femmes grosses longtemps avant d'accoucher perdent des eaux ; elles sont claires et teintées de sang, la cause de ces pertes d'eaux est la trop grande tension des parois de la

matrice, cette tension des parois est elle même accidentelle ou pathologique, accidentelle et consécutive à une chute ; pathologique et due à l'hydropisie de l'amnios. Cette exagération de tension peut avoir deux effets : l'un de faire filtrer l'eau à travers les membranes et alors elle s'écoule goutte à goutte par anastomose, l'autre de rompre les membranes et alors l'écoulement se fait en abondance sous forme de flot. Cependant si la rupture se fait élevée au-dessus de l'orifice du col, les eaux s'écoulent entre les parois et l'œuf et y forment des petites poches qui augmentant peuvent arriver à se joindre ».

Mauriceau signale le fait de femmes qui ont perdu deux ou trois pintes deux mois avant d'accoucher, il admet d'abord que ce liquide se trouve en dehors de l'œuf, dans l'utérus et se base pour l'affirmer sur l'absence d'accouchement à la suite de ces *vidanges* ; puis il revient sur sa première impression et conclut à une rupture de la poche des eaux.

Fabrice et Helden publient une observation d'hydrorrhée qu'ils rattachent à la rupture vésiculaire de môles hydatiformes.

Ruisch conclut à la même hypothèse.

Au XVIII^e siècle Delamotte explique ces hydrorrhées par l'existence de poches préexistantes et remplies de liquide siégeant entre l'œuf et les parois et dont l'écoulement serait dû au développement de l'utérus, appuyant excentriquement sur ces réservoirs, il admet en outre la formation et l'expulsion simultanées du liquide.

Puzos se rapproche de cette théorie, mais le premier

il émet l'hypothèse du siège amnio chorial de ces poches, c'est-à-dire leur formation dans l'épaisseur même des membranes de l'œuf.

Levret étudie le liquide et cherche à le comparer au liquide amniotique, il conclut à la similitude et reste très optimiste pour le pronostic de l'affection.

Rœderer combat les idées de ses devanciers sans les rejeter complètement ; il croit avoir à faire à des ruptures d'hydatides ou de follicules cervicaux.

Gardien croit à la rupture d'un œuf jumeau dont l'évolution s'est arrêtée.

Baudelocque remet en faveur la théorie de la transsudation du liquide de l'œuf à travers les membranes.

Dans la première moitié du xix^e siècle, on rejette l'hypothèse de l'accumulation du liquide entre les membranes et la paroi utérine.

Mme Lachapelle croit à la rupture prématurée des membranes ; Capuron à la rupture d'une poche amnio-choriale.

Boivin et Dugès proposent de désigner l'affection sous le nom d'hydrallante, dénomination en rapport avec ce fait qu'ils attribuaient ce syndrome à la rupture de l'allantoïde.

Mais pendant ce temps en Allemagne la question est étudiée avec soin ; Nægele en 1820 propose le nom d'hydrorrhée et inspire à son élève Geil une thèse soutenue à Eidelberg, où l'auteur conclut à la formation de poches non plus amnio-choriales comme le voulaient Mauriceau et Capuron, mais *inter uteri concavum et chorii convexam superficiem* et se base pour

l'affirmer sur deux observations de Cheston où l'écoulement a persisté après l'accouchement ; il croit l'affection bénigne et pour la mère et pour l'enfant, mais, fait capital, il trouve l'origine du mal dans une sub-inflammation des membranes de l'œuf.

Les opinions de Nægele admises en Allemagne sont acceptées en France par Velpeau, P. Dubois, Chailly-Honoré et Retzius ; mais ces auteurs mettent en garde contre la rupture prématurée des membranes qu'ils croient très fréquentes et Retzius distingue la vraie hydroporrhée de la fausse, celle-ci étant suivant l'opinion de Gardien, le résultat de l'évacuation d'un œuf sur-numéraire dissout.

Dans la seconde moitié du siècle on voit avec Braun naître la théorie endométritique, cause de l'hydroporrhée, entrevue par Geil : Chassinat propose l'hypothèse de la transsudation de sérum à travers les vaisseaux de la caduque, celle-ci étant sous la dépendance d'une gêne circulatoire.

Basset dans sa thèse donne la seule observation anatomopathologique de cette affection qui ait été faite, et conclut avec Nægele à la formation de poches entre l'utérus et la membrane.

Depaul, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* admet l'épanchement de sérosités par transsudation capillaire due au décollement des membranes de l'œuf.

Après l'étude si complète de l'histologie de la muqueuse utérine due à Coste et Robin, tous les auteurs avec Hegar Henning, Consthein, Schröder, de Græf,

Cazeaux se rattachent à la théorie du catarrhe muqueux.

Stapfer enfin dans sa thèse d'agrégation insiste sur l'hypersécrétion due à l'endométrite mais il émet l'hypothèse d'une hydropérionie traumatique se rattachant ainsi aux idées de Depaul.

Tarnier en 1887 divise les hydropérionies en deux catégories : celles qui se produisent dès les trois premiers mois de la grossesse avant la fusion des deux caduques et qu'il dénomme *hydropérionie* et celles qui se produisent après, amenant un décollement des caduques, c'est l'hydropérionie déciduale vraie.

Cette division est conservée depuis dans les auteurs classiques Budin, Auvard, Ribemont.

Les derniers travaux parus sur ce sujet sont les thèses de M. Aurégan en 1897, de M. Lemaire en 1900 ; le premier de ces auteurs conclut à la triple origine de l'hydropérionie.

1° Hydropérionie endométritique,

2° Hydropérionie réflexe,

3° Hydropérionie mécanique par distension passive.

M. Lemaire au contraire rejette les deux dernières théories sans les discuter et ne conserve que la première.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'hydrorrhée déciduale est différente suivant l'époque à laquelle elle se produit :

Dans les trois premiers mois de la grossesse elle constitue l'hydropérionie de Tarnier (1) (*loco citato*) c'est à dire l'écoulement liquide hydrorrhéique avant la soudure des caduques, elle est uniquement constituée par l'apparition d'un flux liquide séreux, subit, indolore, sans réaction de l'état général et habituellement sans aucune trace de sang.

Après cette époque elle peut ne se révéler au clinicien que par des symptômes en tout semblables à ceux que nous venons d'énoncer, mais il en est rarement ainsi ; et l'hydrorrhée fait place à l'hydro-hématorrhée ; puis le tableau s'assombrit encore par l'adjonction d'hémorragie à l'écoulement liquide ; celle-ci à son tour se complique d'anémie d'intensité variable, mais dont la marche progressive est parallèle à l'affection elle-même.

1. TARNIER et BUDIN. *Pathol. de la grossesse*, p. 322.

Nous ne parlerons pas davantage de l'hydropérionie, tout le tableau symptomatique se résumant dans les quelques mots que nous en avons dit ; tantôt elle cède et la grossesse continue à évoluer normalement ; tantôt et c'est le cas le plus fréquent, l'hydropérionie n'est que le prélude d'une hydorrhée déciduale, qui d'ailleurs peut débiter d'emblée.

La première apparition de la maladie est insidieuse, sourde et passe le plus souvent inaperçue ; la femme qui en est atteinte n'y fait pas attention, à moins que, fait rare, elle ne se surveille et s'inquiète des moindres phénomènes qui peuvent troubler l'évolution de sa grossesse ; mais, comme nous le verrons plus tard, la femme n'en est pas à son début dans l'apprentissage de sa vie maternelle ; elle a déjà eu plusieurs enfants, et ses grossesses antérieures se sont plus ou moins bien passées ; elle ne s'inquiète pas autrement d'une petite perte d'eau sanguinolente, parfois inappréciable, d'autres fois plus abondante, qui se produit brusquement sans prodrome, ne s'accompagne d'aucune douleur et n'atteint d'abord aucunement l'état général ; parfois même, la malade ignore qu'elle est enceinte, c'est en effet dans les premiers mois de la gestation, qu'on voit survenir cette complication ; aussi, fidèle à ce principe humain qui nous fait involontairement rechercher le bon côté des événements perturbateurs de notre existence, rattache-t-elle volontiers ces écoulements inattendus à une atteinte ou à une reprise de leucorrhée, voir même à un retour parfois espéré des règles. Cet écoulement, quelquefois inappréciable avons-nous dit, peut cepen-

dant, dans certains cas, être abondant et atteindre 100, 200 grammes et plus ; mais ces évacuations abondantes ne se voient guère qu'à une époque avancée de la grossesse, et l'on peut dire en principe que la quantité de l'hydrorrhée est proportionnelle à l'âge de la gestation.

Ce liquide n'offre que peu de caractères intéressants, lorsqu'il s'agit d'une hydrorrhée simple il est clair, d'odeur fade, un peu visqueux, tache légèrement le linge et l'empêse à peine, mais il est rarement aussi clair et le plus souvent à l'hydrorrhée simple s'ajoutent rapidement quelques éléments sanguins qui en font une hydrohématorrhée et alors les taches qu'elle laisse sur les linges sont grisâtres au centre, rosées à leur périphérie ce cercle rosé formant un halo très facilement constatable.

A la suite de ces hydrorrhées parfois brusquement et comme premier symptôme, on se produit une hémorrhagie assez abondante qui effraie la malade ; et c'est souvent à ce moment que celle-ci vient consulter, redoutant un avortement.

Ce sang rouge, sans caractère spécial, quelquefois très additionné d'eau, couleur lavure de chair, est aussi souvent accompagné de caillots expulsés sans colique et formés dans le vagin.

Ces hémorrhagies peuvent du reste n'être constatées que plusieurs heures après leur production, ce qui indique nettement qu'elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène subjectif.

Il ne faudrait cependant pas être absolu et parfois on

peut retrouver par un interrogatoire soigné l'existence de quelques douleurs lombaires ou lombo-abdominales, sourdes, sans irradiations, sans caractère impulsif, elles ont en général précédé l'écoulement ; c'est là le seul symptôme fonctionnel qu'il soit donné, mais pas toujours, de retrouver dans l'anamnèse.

Nous verrons tout à l'heure qu'à ces douleurs peuvent s'en joindre ultérieurement d'autres ; celles-là impulsives accompagnées de contractions abdominales, véritables douleurs de l'enfantement, elles ne sont que le prélude d'un avortement.

Les signes physiques donnent peu de renseignements en dehors des signes habituels de toute grossesse variant avec l'âge de celle-ci ; néanmoins il est, dans certains cas, possible par le palper de trouver des zones plus résistantes que d'autres ; l'organe gestateur est irrégulier et présente une ou plusieurs bosselures répondant à des poches remplies de liquide. Stapfer (1) en rapporte un cas très net dans sa thèse ; Chassinat (2) le décrit longuement ; les zones tendues sont renitentes, sans fluctuation. On cite cependant des cas où la malade a pu constater elle-même que son ventre tendue en certains endroits s'est, après l'expulsion d'une certaine quantité de liquide, affaissé comme si la ou les poches se fussent vidées. Enfin M. Bonnaire (3) insiste sur la fréquence d'un signe normal de la grossesse

1. STAPFER *Thèse d'agrégation*, p. 81.

2. CHASSINAT.

3. BONNAIRE, *Sem. médicale*, 1890.

dont la constatation permet d'éviter certaines erreurs de diagnostic. Nous voulons parler du « ballottement fœtal » pratiqué dans le décubitus dorsal et dans la position gènu-pectorale.

Quoi qu'il en soit, après une perte hématorrhéique relativement abondante, la parturiente légèrement inquiétée s'alite et tout rentre momentanément dans l'ordre, laissant à l'entourage l'espérance que la grossesse va continuer à évoluer sans nouvel accident.

En effet le lendemain les linges vulvaires sont absolument secs et tout semble pour le mieux ; mais hélas, ce n'est qu'un calme trompeur et quelques jours après, parfois même le lendemain, les phénomènes se reproduisent, les mêmes accidents réapparaissent avec leur cortège de crainte et d'appréhension, puis les hématorrhées se reproduisent journellement d'une façon plus ou moins intermittente, chacune des évacuations se faisant brusquement comme si une poche utérine venait de se rompre.

En résumé, ce qu'il nous faut retenir de cet ensemble symptomatique, c'est que l'hydrorrhée pure est rare, sauf au début, que tôt ou tard elle s'accompagne d'hémorrhagie qui peut venir prendre la première place dans le tableau de la maladie.

Cette hydro-hématorrhée est le plus souvent indolore, apyrétique, et l'apparition de l'un quelconque de ces symptômes est le coup de cloche qui annonce une complication.

MARCHE — COMPLICATIONS — TERMINAISON

Comment évolue l'affection ?

De deux façons différentes : ou il s'agit d'une hydrorrhée simple, ou bien d'une hydro-hématorrhée, ou enfin l'élément sang prend le pas sur l'élément aqueux, c'est une hématorrhée.

Dans le premier cas la guérison est possible, c'est l'hydropéricionie où la maladie passe à la seconde phase.

Dans les deux derniers, l'aboutissant habituel est l'avortement. Mais tandis que dans l'hydro-hématorrhée cet accident final est le premier pas vers la guérison ; dans l'hématorrhée, au contraire, elle n'est que le prélude d'une anémie parfois assez grave pour inquiéter le médecin.

On note quelques observations et j'en relève plusieurs dans la thèse de M. Lemaire où les pertes hémorrhagiques se sont accompagnées rapidement d'accidents anémiques ; en effet, après une série plus ou moins ininterrompue de métrorrhagies abondantes et récidivantes, la malade pâlit, ses muqueuses se décolorent, ses

chairs deviennent pâles, le teint prend cette couleur jaune cirreuse si spéciale aux hémorrhagiques, le pouls est petit, faible, un peu rapide, la température est inférieure à la normale et atteint $36^{\circ},5$, 36° et même $35^{\circ},5$; les vertiges apparaissent, même dans la situation horizontale, la malade se plaint de bourdonnements d'oreilles, la soif est vive, les extrémités se refroidissent les syncopes peuvent se produire, l'état est alarmant.

La numération des hématies que l'on s'empresse de faire dénote un abaissement marqué du taux globulaire, les hématies tombent au-dessous de 4.000.000, atteignent parfois 3 et même 2 millions, l'augmentation du nombre des globules blancs est proportionnelle à l'abaissement des globules rouges ; la richesse en hémoglobine est diminuée, le pouvoir respiratoire du sang est abaissé. Il n'y a cependant ni altération globulaire, ni polynucléose : il s'agit bien manifestement d'une anémie post-hémorrhagique grave et nécessitant un traitement rapide. Celui-ci n'arrive même parfois pas à temps pour réparer les pertes causées et la mort peut survenir : témoins les cas suivants que nous résumons de la thèse de Lemaire.

Observation 1

(Résumée).

Clinique d'accouchement de l'hôpital Tenon.

M. le Dr BONNAIRE.

Malade entrée le 29 décembre 1897, 33 ans, ménagère.

D. R. en août.

Les premières pertes datent du milieu de novembre et depuis cette époque se continuent presque sans interruption.

Elles sont plus hémorrhagiques qu'hydrorrhéiques.

Au milieu de janvier elle fait une phlébite.

Le 4 février. — Les pertes continuant toujours et la malade s'affaiblissant, M. Levrey fait une première numération globulaire qui atteint 4.158.250 G. R.

Le pouls augmente de fréquence.

Le 8 février. — Il atteint 120 pulsations. bourdonnements d'oreilles, la phlegmatia des chlorotiques se caractérise.

Le 10 février. — Les G. R. atteignent 2.000.000, le pouls est petit et fuyant, les conjonctives décolorées.

M. Bonnaire provoque l'accouchement.

Le 11 février. — Mort.

Observation 2

(Résumée).

Recueillie à la Clinique TARNIER.

Femme B..., 35 ans, V pare.

Entrée le 28 avril avec une grossesse présumée de 5 mois 1/2.

Fait une chute au quatrième mois de sa grossesse.

Vers le 7 avril éprouve une grande gêne de la miction.

Le 25 avril. — Perd un caillot jaunâtre épais avec douleur d'expulsion.

Le 30 avril. — Commence à perdre un liquide plus hématorrhéique qu'hydrorrhéique.

Ces pertes continuent et s'accompagnent rapidement d'un état anémique alarmant, au point que :

Fin de mai. — G. R. : 2.800.000.

M. Budin ordonne de provoquer l'accouchement par tamponnement, ce qui est fait par M. Planchon, à 11 heures du matin.

Le 7 juin. — L'accouchement est terminé par M. Budin après version utérine.

Le fœtus est mort depuis environ 36 heures. Délivrance par expulsion.

La malade est très faible, le pouls rapide.

G. R. : 1.920.00.

T. : 37°,4.

Pouls : 144.

Le 10 juin. — Grâce au traitement employé, l'état général se relève un peu et le taux globulaire atteint 1.800.000, mais il y a un frisson le soir et la température monte à 39°,6.

Le 11 juin. — G. R. : 1.615.000.

L'infection est manifeste, les lochies sont fétides.

Après des phénomènes nets de péritonite septique la malade expire le 22 juin.

Nous notons encore dans le même auteur un cas de mort survenu au sixième mois de la grossesse à la suite d'hémorragies répétées chez une femme V pare, bronchitique et chez laquelle il a fallu provoquer l'accouchement.

Est-ce à dire que nous concluons à la fréquence des issues fatales ; loin de là notre pensée, mais ce que nous sommes forcé d'admettre, c'est que la mort n'est pas exceptionnelle et celle-ci est la conséquence des

hémorrhagies fréquentes aboutissant à l'établissement d'une anémie profonde.

On peut nous objecter que l'infection semble dans une de nos observations au moins devoir être plus incriminée que l'anémie elle-même, le fait est indéniable ; mais, si l'on veut bien retenir que l'infection est survenue chez une femme dont le taux globulaire atteint 1.800.000 G.R. on admettra, sans peine, que le terrain était merveilleusement préparé à l'éclosion d'une septicémie et d'ailleurs si l'hémorrhagie est une des complications parfois mortelle, elle n'est pas la seule, et il ne faut pas oublier que l'infection trouve ici une porte d'entrée ; témoin cette observation que nous relevons dans la thèse de M. Jeannin.

Observation 69

(Intégrale).

La femme M..., 27 ans, III pare, entre à Lariboisière au mois de novembre 1901, pour des pertes hydro-hématorrhéïques très abondantes. Mise au dortoir des femmes enceintes, elle est chaque jour baignée et reçoit des injections vaginales.

Dans la nuit du 17 au 18, elle est prise de douleurs, et le 18 novembre au matin elle fait un avortement de cinq mois environ, sans avoir été touchée par personne. Sitôt après l'avortement M. Bonnaire lui fait une injection intra-utérine iodurée ; une heure après, la malade est prise d'un très violent frisson, et la température monte brusquement à 40°.

M. Bonnaire pratique alors le curetage de la cavité utérine

1. JEANNIN, *Infections puerpérales putrides*. Thèse Paris, 1901.

qui ramène de très nombreux débris de muqueuse dégénérée.

Les suites de couches furent apyrétiques, il n'y eut pas de température, tous les jours la malade reçut deux injections intra-utérines iodées.

Examen bactériologique d'un débris de la muqueuse enlevée par la curette. — Les cultures donnent exclusivement du bactérium coli très abondant. Ce microbe s'était donc, au cours de la grossesse ou pendant les heures de l'avortement, infiltré dans la muqueuse malade. Il y serait devenu le point de départ d'accidents infectieux si la désinfection systématique n'avait pas été pratiquée.

Nous en aurions fini avec les complications maternelles de l'hydro hématorrhée déciduale si nous ne mentionnions les métrites consécutives à l'accouchement. Malheureusement il ne nous a pas été possible de relever dans les observations de notre thèse, les suites de couches éloignées de nos malades, celles-ci étant le plus souvent ou insoucieuses de leur santé tant qu'elles ne sont pas gravement malades, ou drainées par les services chirurgicaux dès qu'il s'agit d'une affection en apparence extra-obstétricale ; mais d'une part il n'est pas très rare de retrouver dans les annales des cas d'hydrorrhée persistante après l'accouchement, nous en trouvons deux observations rapportées par Chailly-Honoré (1), et, d'autre part, il n'est pas douteux que nombre de femmes conservent après leur accouchement ou leur avortement une endométrite, qui n'est souvent que la continuation d'un état antérieur à

1. CHAILLY-HONORÉ. Observ. XIII et XIV.

la grossesse pathologique, qui, d'autres fois, intervient secondairement comme complication.

Ces endométrites *post-partum* faisant suite aux endométrites gravidiques seules causes, comme nous le verrons, des hydro-hématorrhées déciduales, peuvent à leur tour se compliquer de salpingite, de salpingo-ovarite et surtout de dégénérescence ovarienne avec leur cortège habituel d'insuffisance glandulaire.

Enfin n'oublions pas que le retour d'une grossesse peut réveiller une lésion antérieurement déclarée, momentanément latente, et être cause du retour des mêmes accidents si un traitement systématique n'est pas rigoureusement institué.

A côté de complications maternelles, nous devons traiter des complications fœtales, celles-ci sont très fréquentes, et se résument dans l'avortement.

Insuffisance de nutrition placentaire, défaut d'hématose fœtale sont les causes exclusives de cette évolution. L'étude étiologique et pathogénique nous en expliquera le mécanisme ; bornons nous à indiquer ici ce fait que la dégénérescence progressive des enveloppes de l'œuf puis du placenta a comme aboutissant fatal la mort du fœtus et son expulsion prématurée.

Dans des cas relativement rares, il est vrai, la grossesse peut aller à terme, lorsque les lésions sont peu étendues, ou que la maladie n'a commencé son évolution qu'à une époque tardive de la gestation ; mais en général celle-là débute de bonne heure, évolue assez rapidement et l'avortement a lieu à un moment quelconque.

Cet avortement n'a rien de spécial dans son *modus faciendi*. Il se fait en un temps au début de la grossesse, en deux temps à une époque plus tardive.

Ce qu'il est intéressant de noter c'est le défaut de délivrance spontanée ; fait que nous relevons dans presque toutes nos observations. En effet :

Dans l'observation 1, la délivrance naturelle est incomplète.

Dans l'observation 2, il y a rétention de la caduque.

Dans l'observation 3, la délivrance est naturelle mais le placenta est déchiqueté et les membranes manquent presque totalement.

Dans l'observation 4, il y a rétention d'une partie du placenta nécessitant un curetage.

Dans l'observation 5, mêmes accidents.

Dans l'observation 8, on note la rétention d'une partie du placenta et de toute la caduque.

Dans l'observation 9, rétention complète nécessitant une délivrance manuelle.

Dans l'observation 11, rétention de la caduque nécessitant un curetage.

Que conclure de cet exposé sinon que l'avortement est presque la règle, qu'il s'accompagne presque toujours de rétention placentaire ou de la caduque dont on n'a souvent raison qu'après un curetage.

On voit quelles en sont les conséquences. La femme est encore une fois exposée à toutes les infections et souvent menacée au cours de sa grossesse, elle le

devient plus gravement encore après, du fait de l'infection qui trouve ici une porte d'entrée toute naturelle.

Nous avons fait remarquer que dans quelques cas rares la grossesse pouvait évoluer jusqu'au voisinage du terme normal et l'enfant naître vivant; mais ne supportera-t-il pas les conséquences d'une vie placentaire si considérablement troublée, hélas si; l'enfant qui naît dans ces conditions est malingre, chétif, porteur parfois de lésions congénitales graves et destiné souvent à une courte survie.

Un fait intéressant à noter est l'aspect fœtal que présentent souvent ces petits êtres et nous en rapportons un exemple concluant cité par Fleck (1).

« L'enfant après la naissance, nous dit-il, conservait l'attitude fœtale restant dans la position qu'il occupait dans la cavité utérine. Au bout de trois mois, il étendait très difficilement les bras et les jambes et conservait une raideur marquée des coudes et des genoux; son mauvais état contre-indiquait tout appareil orthopédique et on pouvait craindre que l'enfant n'aurait jamais l'usage de ses membres. »

1 FLECK. *Arch. f. gynak.* Berl. 1902.

PRONOSTIC

En résumé, les dangers de cette affection sont innombrables pour la mère par les hémorrhagies et les infections, pour le fœtus par l'interruption de sa vie placentaire, ou, s'il survit, par les infirmités peut-être inguérissables qui portent le cachet des troubles qui ont présidé à sa gestation.

Mais à côté de ces faits il en est où l'évolution de la maladie s'est effectuée sans laisser après elle de troubles manifestes ni pour la mère ni pour l'enfant.

Le Roy de Langevinière (1) en rapporte un cas ; il relate l'histoire pathologique d'une femme dont la seconde grossesse fut troublée par des pertes hydorrhéïques répétées n'ayant apparu que dans la seconde moitié de la grossesse et qui malgré cela arriva au terme normal et accoucha d'un enfant vivant et bien portant ; la mère se rétablit rapidement.

Mais, nous le répétons, ces faits sont relativement rares et nous ne craignons pas d'affirmer comme conclusion de ce pronostic que l'hydorrhée déciduale est une affection grave pour la mère quelquefois, pour le fœtus presque toujours...

1. LE ROY DE LANGEVINIÈRE. *Année médic. de Caen*, 1876-77.

DIAGNOSTIC

Le premier point à établir est l'état de grossesse de la malade ; ce diagnostic est en général facile ; il faut néanmoins se mettre en garde contre les hydorrhées provenant d'un utérus malade, non gravide, mais augmenté de volume par une tumeur fibreuse ou cancéreuse. Il faudra pour cela se baser sur les signes habituels du début de la grossesse, examiner les seins, rechercher les troubles psychiques ; faire un palper et un toucher soigneux de l'utérus, rechercher la mollesse du col, la régularité de l'organe, s'enquérir enfin de la perception des mouvements fœtaux et rechercher les bruits du cœur. Cet examen accompagné d'un interrogatoire approfondi et d'un examen attentif de l'état général évitera de faire une erreur impardonnable.

La grossesse étant reconnue il faudra éviter de prendre pour de l'hydorrhée déciduale les liquides qui peuvent accidentellement sortir de la vulve comme les urines dans les incontinences ou les fistules vésicovaginales, créées souvent par un accouchement antérieur.

Ce liquide urinaire se reconnaîtra aux taches qu'il laisse sur le linge sans l'empeser et où le liseré rose fait défaut.

On ne prendra pas davantage pour de l'hydrorrhée le liquide d'une injection vaginale ayant séjourné dans le vagin, faisant cuvette, d'une femme couchée et s'écoulant lorsqu'elle s'assied ou se lève ; cela se voit surtout chez les primipares à périnée résistant ; le diagnostic en est vraiment facile et nous dispense de tout commentaire.

On la distinguera encore du liquide provenant de pollutions nocturnes ou d'une hypersécrétion des glandes utéro-vaginales ; on recherchera pour ce faire dans quelles circonstances il a été projeté au dehors.

Le liquide provenant d'un kyste séreux de la glande de Bartholin se reconnaîtra à la palpation de la grande lèvres correspondante, la sensation étant très différente suivant le moment où on l'examine par rapport à l'évacuation ; celle-ci aura nécessairement pu se produire par flot, le canal de la glande momentanément obstrué retrouvant sa perméabilité sous l'influence d'une action quelconque, voire même de la distension.

Si le liquide écoulé est sanguin il faudra éliminer la persistance des règles se reproduisant périodiquement chez quelques femmes enceintes. Nous nous permettrons de signaler ici une erreur que l'on pourrait commettre près des malades qui consultent pour avoir perdu du sang, si l'on ne se mettait en garde contre leurs exagérations. On ne doit ajouter foi à leurs renseignements que sur la présentation des linges souillés.

Et alors qu'on aurait pu immédiatement songer à une menace d'avortement ou autre lésion dont l'hémorrhagie est le symptôme, on portera le diagnostic d'hydrorrhée à la simple inspection des taches qui n'auront qu'une légère coloration rouge.

On examinera ensuite soigneusement la vulve et le périnée pour s'assurer qu'il ne vient ni de l'urèthre ni de la vessie en cas de cystite ou de polype urétral, ni du rectum porteur d'hémorrhoides ou de rectite, ni de la vulve elle-même en cas de varices, ni du vagin encore en cas de vaginite ; mais alors le liquide est plus épais, plus consistant, blanchâtre, verdâtre, mélangé de sang ; les parois du vagin étant elles mêmes enflammées et rouges.

Lorsqu'on est sûr que le liquide vient de la cavité utérine il faut s'assurer qu'il ne vient pas de l'intérieur de l'œuf, que ce n'est pas du liquide amniotique.

Si cet écoulement se produit dans les derniers temps de la grossesse, s'il est abondant d'emblée, s'il survient d'une façon continue pendant plusieurs jours, s'il s'accompagne des symptômes du travail ; il y a des présomptions pour que ce soit du liquide amniotique ; s'il se produit au contraire dans les premiers temps de la grossesse, s'il est légèrement teinté ou franchement rouge, s'il survient d'une façon intermittente et progressive ; s'il ne s'accompagne pas des symptômes habituels du travail, il y a lieu de penser à de l'hydrorrhée déciduale. A côté de ces signes de présomption il en est un sur lequel insiste à juste titre M. Bonnaire (*loco citato*) c'est la persistance ou la dis-

parition du *ballottement fœtal* : s'il s'agit d'une rupture des membranes complète au voisinage de l'orifice interne le liquide amniotique s'écoule abondamment et le ballottement fœtal disparaît; il est dès lors facile par le palper de reconnaître les diverses parties de l'embryon.

S'agit il d'une grossesse avec hydramnios, la rupture des membranes n'ayant laissé évacuer que le trop-plein du liquide, s'agit-il encore d'une rupture des membranes loin de l'orifice interne du col et dans laquelle l'oblitération de l'orifice s'opère spontanément après évacuation d'une certaine quantité de liquide le diagnostic devient plus difficile. Dans les deux cas il suffira souvent de tenir compte de ce fait que le liquide suivant les lois de la pesanteur s'accumule dans les parties déclives (à la face postérieure de l'utérus dans le cas de décubitus dorsal); dès lors si on met la malade en position gèneu-pectorale ou verra le liquide réapparaître en grande abondance parce qu'il affleurerà de nouveau l'orifice de sortie ou parce que la mobilisation fœtale aura désobstrué cet orifice. Dans certains cas, il est vrai, il faudra joindre à ce procédé le toucher vaginal destiné à remonter le pôle fœtal que le simple changement de position de la malade n'aura pas suffi à mobiliser; le ballottement fœtal qui aurait persisté avec une évacuation insuffisante du liquide amniotique disparaîtra lorsqu'on aura pratiqué cette manœuvre.

Dans certains cas la rupture prématurée des membranes peut n'être pas complète et le liquide filtrer entre le chorion et l'amnios constituant une poche

amnio-choriale, qui, se prolongeant progressivement jusqu'au col, laissera à ce moment s'écouler une partie du liquide ; après cet écoulement le chorion se rapprochant de l'amnios obstruera de nouveau l'orifice et l'écoulement cessera ou diminuera jusqu'à ce que le trop-plein se soit écoulé ; le ballottement fœtal dans ce cas bien que diminué persiste ; pour faire le diagnostic M. Bonnaire conseille de faire le toucher d'une main pendant que de l'autre on appuie sur l'utérus en divers sens ; si cette pression en un point détermine une issue de liquide on peut affirmer qu'on affaire à une rupture des membranes.

La persistance du ballottement fœtal, l'impossibilité de reproduire par les divers procédés indiqués l'écoulement vulvaire du liquide sont deux excellents signes de diagnostic de l'hydrorrhée déciduale. A ceux-ci il faut joindre la sensation par le toucher d'une tension marquée de la poche des eaux qui ne s'observe jamais même avec une rupture partielle des membranes. Mais ce qui jugera en dernier ressort c'est l'examen des taches et l'analyse du liquide.

Nous avons donné ailleurs un parallèle entre ces deux analyses, il est inutile d'y revenir, nous renvoyons le lecteur à l'étude de l'anatomie pathologique ; insistons seulement sur ce fait que la présence de *vernix caseosa* plaide en faveur du liquide amniotique ; Enfin rappelons ce que nous avons dit au moment des symptômes sur l'aspect des taches laissées sur les linges par l'hydrorrhée ; elles sont grisâtres plus ou moins foncées et entourées d'un halo rosé, elles empèsent le linge ;

ce sont là des manifestations que ne saurait donner le liquide amniotique.

Un dernier diagnostic différentiel reste à faire, celui de môle hydatiforme ; lorsque le vagin élimine des vésicules, ou que, dans le but d'éclairer le diagnostic, on va en cueillir avec le doigt ou une pince en pratiquant ainsi largement le toucher intra-utérin, le diagnostic s'impose : hormis ces cas, il devient souvent très difficile et on ne peut se baser que sur le développement disproportionné de l'utérus avec l'âge de la grossesse et surtout sur la rapidité de son accroissement.

Mais le diagnostic différentiel de l'affection n'est pas le seul que nous ayons à faire ; pour la mère, nous devons faire celui de l'état anémique ; pour l'enfant, celui de vie ou de mort.

Pour la mère on ne confondra pas l'anémie post-hémorragique avec l'anémie pernicieuse ; un examen hématologique suffira à éclairer sur ce point et le défaut de déformation des globules rouges en est le meilleur élément. On ne la confondra pas davantage avec l'anémie résultant d'une lymphadénie ou d'une leucocytose cancéreuse ou autre ; en cas de doute, c'est toujours à l'examen du sang qu'il faudra avoir recours. Lorsqu'on se sera assuré de la nature post-hémorragique de cette anémie on éliminera les hémorragies coexistantes capables d'engendrer ce syndrome ; et en dernière analyse il sera de toute utilité pour l'institution du traitement d'en établir le degré ; l'hématimétrie seule encore une fois permettra d'arriver à ce but.

Pour l'enfant, le diagnostic est souvent difficile. Avant

l'apparition des premiers mouvements fœtaux, il est impossible ; après leur apparition il ne peut souvent être que problématique.

Il faudra néanmoins s'entourer de toutes les garanties possibles pour éviter l'erreur qui consisterait à affirmer à l'entourage de la malade la vie fœtale à la veille d'un avortement ; il sera d'ailleurs prudent de mettre la famille en garde contre un avortement ou un accouchement prématuré possible ; celui-ci étant, nous le savons, d'une fréquence considérable au cours de cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Que nous dit maintenant l'anatomie pathologique ?

Malheureusement la rareté des observations de cette maladie d'une part ; la rareté plus grande encore des autopsies nous rendent le travail moins facile ; cependant à défaut de nécropsie, l'examen biopsique des pièces peut le plus souvent permettre de conclure à l'existence d'une lésion définie.

Un des faits les mieux observés est celui de Duclos rapporté dans la thèse de Basset (*loco citato*). Il s'agit d'une fille enceinte de six mois qui vint consulter Duclos pour un écoulement jaunâtre qui se produisit tout à coup ; trois semaines après elle se suicida.

À l'autopsie, Duclos trouva que les membranes étaient intactes mais qu'il y avait entre elles et la face interne de l'utérus deux poches situées sur les parties latérales et à quelque distance l'une de l'autre.

Elles étaient remplies d'un liquide jaune citron ; c'était évidemment un décollement partiel des membranes et le liquide que l'on trouvait était une exhalation de la paroi interne de l'utérus.

On remarquait encore sur la face interne une place de la largeur d'une soucoupe de 6 à 7 centimètres de

diamètre où les membranes n'adhéraient pas ; il y avait là une poche qui s'était affaissée, ne contenant plus qu'une légère couche de liquide semblable à celui des deux autres.

Les eaux qu'avait perdues cette femme avaient été certainement renfermées dans cette poche et c'est par le décollement qui en partait, se prolongeant jusqu'au col, qu'elles s'étaient échappées.

Le liquide hydropérique s'était donc accumulé entre la paroi utérine et les membranes ainsi que l'ont expliqué Mauriceau et Nœgele, ou mieux entre la couche des culs-de-sac et la couche raréfiée de la caduque pariétale comme le pense M. Bonnaire (1).

Que constatons-nous d'autre part dans les observations que nous rapportons ? Nous l'avons dit déjà à propos des suites des couches ; il est très fréquent de trouver des adhérences placentaires ou membraneuses dont la curette seule vient à bout.

L'examen macroscopique des pièces a été fait soigneusement dans l'observation VII, où, il y a eu expulsion spontanée d'un œuf complet. Voici ce que nous avons constaté.

La face utérine présente deux parties, l'une blanche, l'autre congestionnée, on trouve des suffusions sanguines sur les trois quarts du bord placentaire. Le placenta s'effrite à la moindre pression, la caduque n'a pas une meilleure constitution, elle est d'un blanc grisâtre, très friable aussi. Quand on cherche à séparer

1. BONNAIRE, *Sem. méd.*, 1891 (Clinique de Saint-Louis).

les deux caduques ovulaire et utérine, ce n'est que secondairement, après avoir déchiré des tractus fibreux assez adhérents, qui, parfois entraînent avec eux de petits lambeaux de caduque ; ces tractus séparent des cavités plus ou moins grandes lavées par du liquide, l'examen superficiel seul peut juger de l'ancienneté de ces lésions ; à n'en pas douter, les lésions de la caduque paraissent antérieures à celles du placenta.

L'œuf contenait un fœtus macéré.

Que trouvons-nous encore dans l'observation de Fleck (*loco citato*), « Contribution à l'étude de l'hydropnée gravidique ».

Examen des pièces : Nous rappelons que macroscopiquement, les membranes semblent manquer. C'est une erreur, elles sont réduites à une bande circulaire s'insérant au placenta sur 1 centimètre d'un côté, 2 centimètres de l'autre, il s'agit d'un placenta marginé, les membranes ont perdu leur élasticité, les feuillets ne se laissent pas séparer les uns des autres.

Au microscope, on voit au niveau de l'insertion du placenta, trois feuillets amnios, chorion et décidua ; en allant vers le bord libre des membranes, on voit disparaître le décidua, l'amnios se prolonge un peu plus loin, le bord libre n'est plus formé que d'une substance homogène plus fibrillaire sur les côtés, plus granuleuse au milieu, dans laquelle on peut avec peine retrouver quelques restes de noyaux. Au niveau de la fin de l'amnios, on trouve un épaissement qui ressemble à une cicatrice.

En plus des lésions de la caduque, il y a souvent

altération des membranes de l'œuf, chorion et amnios. On constate souvent leur épaissement avec augmentation de leur résistance (Maygrier (1), Chassinat).

Dans l'observation XI l'examen histologique des pièces a été fait ultérieurement et nous a révélé l'existence d'un déciduôme bénin ; les débris expulsés après l'accouchement et qui provenaient de la caduque avaient une apparence polypeuse.

D'un autre côté nous avons eu recours au Dr Latteux l'excellent histologiste de l'hôpital Broca auquel nous avons soumis un placenta résultant d'un avortement suite d'hydrorrhée déciduale, il lui a été impossible de trouver aucune lésion manifeste ; sauf en quelques points la présence de noyaux hémorrhagiques et à la face profonde du placenta un nombre peut-être exagéré de vestiges glandulaires eux-mêmes hypertrophiés. Est-ce à dire que dans ce cas particulier, il n'y avait pas de lésion susceptible d'expliquer la maladie ? non pas, et d'abord cette hypertrophie glandulaire est déjà un symptôme de quelque valeur. Mais en outre, quand bien même le placenta eût été parfaitement normal, il est tout de même possible d'admettre que là les lésions en cause ne l'avaient pas encore atteint et restaient cantonnées au niveau de la caduque.

De cet ensemble de faits nous pouvons conclure à une lésion dégénérative des membranes de l'œuf ; celle-ci étant le résultat d'une inflammation chronique préparée, comme nous le verrons en étudiant l'étiologie,

1. MAYGRIER, *Traité des accouchements*, p. 157, vol. 1.

par une endométrite antérieure ou par une endométrite nouvelle.

Ces endométrites décíduales bien classées dans le traité de Tarnier et Budin (*loco citato*) peuvent reconnaître plusieurs types.

1^o *Endométrite hyperplasique*. — Où toutes les caduques : utérine, ovulaire et utéro-placentaire peuvent être atteintes, d'où le nom d'endométrites diffuses ; mais c'est là un fait exceptionnel et la caduque utérine est souvent la seule prise ; celle ci hypertrophiée d'autant plus qu'on se rapproche davantage du fond de l'utérus, présente microscopiquement l'existence d'une quantité considérable de grosses cellules et par place une infiltration de cellules embryonnaires ; parfois on peut trouver des fibres musculaires dans les parties qui confinent à la paroi utérine, preuve évidente de la participation du muscle à l'inflammation.

Si les lésions se localisent au niveau du placenta elles constituent l'endométrite placentaire. Il y a néoformation de tissu conjonctif jeune et de nombreuses cellules embryonnaires entourent les villosités et les cotylédons qui sont plus ou moins étouffés ; d'où gêne de circulation et dégénérescence granuleuse des villosités, avec par place des hémorrhagies ou des placards hyperhémisés interstitiels.

2^o *Endométrite polypeuse*. — Celle-ci aboutit à la formation de saillies polypeuses pédiculées ou sessiles donnant à la caduque un aspect noueux plissé ; ces néoformations se localisent surtout à la caduque utérine et atteignent rarement la caduque ovulaire ; les glandes

rares au sommet des polypes sont plus fréquentes à leur périphérie où elles sont étouffées, atrophiées par la prolifération conjonctive, nous en avons un exemple dans l'observation XI.

2° *Endométrite kystique*. — Elle se voit surtout sur la caduque utérine et sur les œufs jeunes ; parfois la dégénérescence kystique est si accentuée qu'on pourrait croire au premier abord que l'œuf expulsé est atteint de dégénérescence vésiculaire.

A la coupe, la caduque présente un aspect caverneux dû à la présence de petits kystes siégeant dans son épaisseur et faisant à la surface une saillie marquée.

Parfois comme l'a montré Léopold on peut voir la communication de ces kystes avec une origine glandulaire, ce qui indique nettement qu'ils se sont développés à l'intérieur des glandes, et, ce qui le prouve c'est la couche de cellules épithéliales cylindriques qui en tapisse les parois. Le contenu des kystes est colloïde. Le tissu de la caduque au voisinage de ces néoformations est hyperplasié, encombré de tissu conjonctif et de cellules embryonnaires parsemé par endroits d'îlots hémorrhagiques.

4° *Endométrite mixte*. — Cette dernière forme tient à la fois des trois précédentes ; c'est-à-dire qu'elle participe à la fois des dégénérescences conjonctives de l'endométrite diffuse, de celle des cellules caducales de l'endométrite polypeuse, enfin de la dégénérescence glandulaire de l'endométrite kystique ; ces trois termes ne sont pas forcément associés ou le sont de façon très diverses, les lésions groupant ensemble

deux des termes de la formule histologique. Somme toute ce que l'on trouve au cours des hydro-hématorrhées déciduales ce sont des lésions dégénératives de la caduque utérine résultant d'une endométrite diffuse polypeuse ou kystique ; cette dernière étant peut-être la plus fréquente, ce qui nous explique la présence du liquide hydrorrhéique ; liquide de sécrétion glandulaire qui diffère sensiblement du liquide amniotique.

Nous en donnons ici les formules respectives : le parallèle entre les deux nous dispensera de commentaire et pourra servir comme nous l'avons vu à l'établissement du diagnostic.

1° LIQUIDE AMNIOTIQUE d'après Labrule :

Eau	987 93
Matières extractées sèches.	12 07

Celles-ci se décomposant en :

Mucine, albumine, glucose .	1.689
Urée.	0.42
Matières grasses.	0.366
Albumine (sérine)	2.533
Sels de chaux et potasse. .	néant.
Sels neutres de soude. . .	traces.
Phosphates	1.464
Chlorure de sodium . . .	5.596

2° LIQUIDE HYDRORRHÉIQUE analysé par M. Patin pharmacien chef à l'hôpital de Lariboisière.

Densité	1.022
Réaction.	alcaline.

Analyse :

Eau. 940

Matières extractées fixes. . . 60 gr.

Se décomposant en :

Sels anhydres 10 gr.

Albumine totale. 46 —

Globuline 28 —

Albumine précipitable par l'a-

cide azotique 2 —

dont sérine 16 —

Fibrine. néant.

Hémoglobine. en solution.

Il faut évidemment tenir compte ici des albumines du sang qui entrent pour une certaine part mais il existe à côté de cela des différences dans la proportion des matériaux fixes et dans la nature de ceux-ci qui permettent de distinguer nettement ces deux liquides l'un de l'autre.

Il n'a malheureusement pas été fait d'examen cyto-
logique de l'hydrorrhée, ce dernier permettrait peut-être
d'être plus affirmatif encore sur la nature de son ori-
gine.

ÉTIOLOGIE

Observée surtout de 15 à 35 ans, c'est-à dire dans la période de la vie de la femme où celle-ci est le plus exposée à être enceinte, l'hydrorrhée déciduale est considérée comme une rareté par les auteurs *rara sunt haec efflugia* dit Geil ; quelques-uns cependant insistent sur sa fréquence *saepissime*, dit Nœgele ; c'est en réalité une affection que l'on rencontrerait relativement souvent si on se donnait la peine de la chercher et de la diagnostiquer.

A l'éclosion de cette affection obstétricale nous devons chercher une circonstance capable de l'engendrer. Or il est manifeste que l'inflammation de la muqueuse utérine est le facteur le plus important et le plus souvent rencontré ; cette inflammation endométritique peut être de date ancienne *pre gravidum*, comme nous la rencontrons dans les observations 6, 8 et 9 de notre thèse.

Dans l'observation 6 on nous dit que la malade est depuis longtemps affligée d'une leucorrhée rebelle, écoulement qui n'est probablement que la manifestation extérieure d'un état inflammatoire.

Dans l'observation 8 la femme semble avoir eu une blennorrhagie un an auparavant caractérisée par des

pertes jaunes, et, fait indiquant la participation de l'utérus à l'inflammation, par des règles plus fréquentes. De ces cas, nous constatons donc l'existence d'une endométrite ancienne aiguë, d'abord, actuellement chronique, insidieuse, sourde, c'est le feu qui couve sous la cendre, et qui révélera son existence à l'occasion d'une autre maladie, d'une autre infection, d'une grossesse, c'est notre cas.

Quels sont les agents microbiens ? Ils sont légion, et nous pensons qu'à côté de l'infection gonococcique primitive il faut en placer d'autres : streptococcique certainement, pneumococcique, peut-être.

Le bacille de Koch n'intervient-il pas aussi comme agent primordial comme, auteur de l'endométrite ? très probablement si, et nous pouvons trouver dans nos observations deux faits qui semblent le prouver.

Dans l'observation 8 à côté de l'infection gonorrhéique déjà signalée nous constatons l'existence d'une infection tuberculeuse sur laquelle l'auscultation ne permet aucun doute ; un des enfants est en outre mort de méningite.

Dans l'observation 9, il en est de même et aux lésions pulmonaires s'ajoutent des lésions laryngées qui ont été diagnostiquées par M. le Dr Lombart à la clinique otologique de Lariboisière.

Sans pouvoir étayer notre affirmation sur un examen histologique incontestable, il nous est permis néanmoins d'invoquer l'intervention du bacille de Koch dans la production de ces lésions endométritiques.

Mais si la tuberculose peut être la lésion initiale, ne

devons-nous pas aussi laisser une part plus ou moins grande à cet autre fléau humain la syphilis ; l'agent microbien nous en est encore inconnu et nous ne pouvons encore une fois faire que des présomptions ; mais nous avons relevé deux fois cette maladie dans le passé pathologique de femmes atteintes d'hydorrhée déciduale. Reste à savoir comment elle peut agir et il y a lieu de se demander si ce n'est pas par l'intermédiaire d'une simple métrite syphilitique comme celle dont parle Bonnet (1) et Chassinat (2) ; métrite créée peut-être par un ou plusieurs avortements antérieurs accompagnés ou non de rétention placentaire.

Il n'est pas en effet de maladie capable de provoquer à un plus haut point l'interruption de la grossesse et ce fait même est la preuve des altérations utérines que peut créer la syphilis au cours des adaptations gravidiques de cet organe ; mais en admettant même que la muqueuse utérine ne soit pas dès cette époque frappée de dégénérescence, combien est-elle préparée à une infection ultérieure consécutive à un accouchement effectué dans de si mauvaises conditions.

Ceci nous amène à parler naturellement des grossesses répétées et des avortements.

Il n'est pas une de nos observations où nous n'ayons constaté la répétition plus ou moins rapprochée de grossesses antérieures.

1. BONNET. *De la métrite syphilitique*. Thèse de Paris, 1887, p. 27.

2. CHASSINAT. *Mémoire. Gaz. médic. des hôpitaux*, 1858. *American Journal*.

La malade G. M..., de l'observation 1, a eu 5 accouchements antérieurs.

La femme G. M..., de l'observation 2, a eu 3 accouchements antérieurs et une fausse couche de 3 mois.

La femme L. M..., de l'observation 3, a eu 3 accouchements antérieurs.

La femme L..., de l'observation 4, a eu 4 accouchements antérieurs.

La femme B. L..., de l'observation 5, est IX pare, dont 1 prématuré.

La femme C. T..., de l'observation 6, est à son sixième accouchement.

La femme X..., de l'observation 7, a eu deux enfants dont 1 avant terme.

La femme J. T., est une VII pare dont une fausse couche.

La femme X..., de l'observation 10, rapportée par Fleck, a déjà 4 enfants; elle a en outre accouché d'une môle hydatiforme il y a 3 ans.

Dans l'observation 11, la mère a eu 4 accouchements antérieurs dont un pathologique. Avortement de 4 mois.

Partout, on le voit, nous retrouvons une maternité chargée, celle-ci souvent compliquée de fausse couche; ne doit-on pas être frappé de ce fait et n'est-il pas judicieux d'admettre que la muqueuse utérine soit dans ce cas singulièrement préparée à une infection, qu'elle soit manifeste ou latente, qu'elle se soit révélée antérieurement ou qu'elle ait comme, nous l'avons vu, attendu une grossesse nouvelle pour annoncer sa présence.

Les lésions qu'elle porte sont souvent inappréciables ; ce sont des lésions dégénératives rentrant dans le cadre des endométrites dont nous avons parlé en étudiant l'anatomie pathologique et, fait qui met bien en évidence cette assertion, c'est l'histoire de cette femme rapportée par Fleck qui, trois ans avant la grossesse pathologique qui nous intéresse, mit au monde une môle hydatiforme, preuve évidente, manifeste d'une lésion dégénérative de la muqueuse utérine préparée par quatre accouchements antérieurs et traduite par l'évolution d'un myxôme placentaire kystique.

Donc : infection ancienne ou récente créée par les microbes habituels des suppurations et devenue patente ou par des agents microbiens connus comme le bacille de Koch ou inconnus comme dans la syphilis, l'infection restant latente : telle est la seule étiologie de l'hydrorrhée déciduale. Cette infection agissant par l'intermédiaire d'une endométrite aboutissant à l'état dégénératif de la muqueuse.

PATHOGÉNIE

Avec nos connaissances actuelles sur l'étiologie et l'anatomie pathologique, nous est-il possible d'établir une loi pathogénique des hydroporrhées décíduales.

Un premier fait est à mettre en lumière, il ressort des données étiologiques que nous avons énoncées ; c'est qu'il faut à l'origine de cette affection une explication endométrique chronique ; que celle-ci soit, si je puis exprimer ce mot, hétérogène ou autogène, c'est-à-dire apportée par une infection microbienne étrangère, gonococcique, tuberculeuse ou autre, ou créée de toutes pièces par des lésions dégénératives dues à la suractivité de l'organe.

Celle-ci se traduit par des lésions d'endométrite hyperplastique diffuse ou polypeuse, ou surtout kystique. Dans cette dernière variété, il y a production anormale d'un liquide de sécrétion glandulaire, c'est l'hydroporrhée.

Les lésions portent sur la caduque utérine de préférence, mais peuvent atteindre la caduque ovulaire ; elles peuvent être discrètes ou localisées, ou progressives et généralisées, le dernier terme de leur invasion étant la lésion dégénérative placentaire.

Essayons maintenant d'adapter ces assertions à ce

que nous constatons : l'endométrite gravidique est-elle exclusivement kystique, elle se traduit par de l'hydrorrhée simple ; est-elle mixte, il y aura par suite des phénomènes de congestion ou d'hyperhémie, suffusion sanguine et hydrohématorrhée ; dépasse-t-elle ce stade, elle peut être exclusivement hyperplastique, conjonctive et congestive, et nous aurons surtout de l'hématorrhée ; l'hydrorrhée étant reléguée au second plan.

Si les lésions sont discrètes, peu étendues, la malade peut supporter facilement cet incident et la grossesse évoluer jusqu'au terme normal ; mais il en est rarement ainsi et la plupart du temps les lésions ne restent pas localisées, elles s'étendent ; primitivement kystiques et caduciales, elles deviennent rapidement hyperplastiques, conjonctives, hémorragiques, et gagnant de proche en proche atteignent le placenta ; c'est l'arrêt de mort prononcé pour l'enfant, la nutrition placentaire est incomplète, insuffisante, et la vie fœtale s'arrête, l'avortement se produit. Pour la mère le danger est sérieux ; du fait des hémorragies résultant de la progression des lésions. Nous avons vu que la mort pouvait en être l'aboutissant, mais ce fait est loin d'être absolu, en tous cas l'anémie en est la conséquence fatale. A côté d'elle il faut placer les infections qui trouvent une porte d'entrée toute naturelle dans cette muqueuse malade et du fait de l'augmentation de son pouvoir absorbant.

Dans les deux observations 7 et 8 nous retrouvons aux antécédents de la malade un effort ou une chute ; quelle part faut-il donner à ces accidents sur la cause productive de l'hydrorrhée.

Dans sa thèse Aurégan (*loco citato*) admet que l'hydrorrhée peut être le résultat d'un décollement caducial ou placentaire avec transsudation séreuse et il fait intervenir l'action réflexe comme cause efficiente de la sécrétion glandulaire dans ces poches préformées. Il admet également que ces lésions d'ordre purement mécanique se rencontrent parfois au cours des maladies cardiaques ou mieux cardio-vasculaires ; il y a, dit-il, dans ces cas, transsudation séreuse à travers les parois des capillaires distendus.

Dans le premier ordre de faits nous ne saurions accepter les idées de notre prédécesseur, trouvant plus naturel d'admettre l'influence d'une endométrite qu'on retrouvera toujours si on se donne la peine de la rechercher, plutôt que d'évoquer un ensemble de circonstances problématiques non contrôlées par les faits. En effet il faudrait pour admettre cette théorie que l'hydrorrhée succédât rapidement à l'accident. Or dans une de nos observations au moins, ce n'est que deux mois après, que survint la maladie. On veut en outre faire intervenir l'influence d'une sécrétion glandulaire réflexe à laquelle on attribue même tous les torts dans certaines observations d'hydrorrhée chez les hystériques et rien ne nous a permis jusqu'à présent d'admettre cette théorie.

Dans le second ordre de faits nous devons faire une restriction, il semble en effet possible d'admettre l'influence de la surdistension capillaire ; mais il faudrait savoir si le liquide épanché est du sérum sanguin ou du liquide de sécrétion glandulaire. Or, rien ne nous auto-

rise actuellement à admettre la première hypothèse, le liquide que nous avons analysé n'ayant aucun des caractères du sérum.

En résumé nous croyons pouvoir admettre que l'endométrite est la seule cause de production des hydrorhées déciduales et rejetons l'hypothèse de l'origine réflexe telle qu'elle a été énoncée par Aurégan. Quant à l'origine congestive passive il nous semble plausible d'admettre son intervention comme cause adjuvante soumise néanmoins le plus souvent à des lésions histologiques trouvant leur explication dans une endométrite préexistante.

Nous en aurions fini avec la pathogénie de cette affection si nous ne voulions émettre l'hypothèse suivante : Nous avons admis l'existence d'une lésion chronique nous avons envisagé ses principaux modes de réaction, nous avons vu qu'elle pouvait aboutir à un état kystique, diffuse, hyperplastique, congestif ; doit elle fatalement s'arrêter là et n'y a-t-il pas lieu de se demander si la dégénérescence dépassant l'épithélium ne peut atteindre les tissus sous jacents de la muqueuse et continuant son mode de réaction conjonctive aboutir à un dernier terme histologique qui est la môle hydatiforme, traduction pour Wircchow d'un myxôme kystique placentaire résultant d'une hyperplasie du tissu muqueux des villosités choriales.

Cette hypothèse est encore acceptable si on admet les théories de Muller, Ercolani, Russeler, qui font de cette môle le résultat d'une hypertrophie cellulaire, une néoplasie épithéliale, avec celles de Frankœl, de Franque et

de Marchand surtout qui admettent encore la tumeur épithéliale avec production hydropique du tissu cellulaire du chorion ; point ne serait alors besoin d'évoquer l'intervention de l'hyperplasie muqueuse mais simplement le développement d'un néoplasme sur un épithélium altéré par un état inflammatoire chronique au même titre que l'épithélioma de la langue trouve son point de départ dans une leucoplasie ancienne.

L'observation 11, à laquelle nous renvoyons, semble plaider en faveur de cette hypothèse et montre combien la transition est facile de l'endométrite déciduale au déciduôme bénin et de celui-ci à la môle hydatiforme.

Nous ne donnons cette hypothèse qui sous toute réserve ne voulant émettre ici qu'un avis qui gagnerait à être contrôlé par une expérimentation soigneuse et suivie.

TRAITEMENT

Il doit être : PALLIATIF : *médical, obstétrical.*

» » PRÉVENTIF.

Palliatif.

a) *Médical.* — La première indication à remplir est de maintenir la femme au repos ; on l'immobilisera au lit dans le décubitus dorsal, en ayant soin de lui recommander d'éviter tout mouvement, toute secousse inutile. Le lit sera horizontal, le matelas dur, la tête basse, le siège légèrement surélevé, dans le but de décongestionner l'utérus.

C'est dans la même intention qu'on évitera la coprostase par des lavements sans pression ou des curages rectaux faits avec le doigt ; en cas de constipation opiniâtre on pourra user avec réserves de purgatifs salins doux : Sedlitz, Hunyadi-Janos, etc., ou mieux encore de purgatifs huileux : huile de Ricin. On évitera les purgatifs drastiques.

Cette première indication remplie, on s'occupera de décongestionner l'utérus en utilisant les cataplasmes

laudanisés ; les onctions sur le ventre avec les pom-mades belladonnées ou opiacées.

De nombreux médicaments ont été prescrits sans obtenir de grands résultats. On peut utiliser le *Viburnum prunifolium*, l'*Hamamelis virginica* en extrait fluide à la dose de X gouttes toutes les deux heures, ou en teinture à une plus forte dose ; ce médicament est, en général, bien supporté et son goût désagréable est facilement compensé par l'administration dans une potion édulcorante.

L'*Hydrastis canadensis* a, dans cet ordre de médicaments, une utilité incontestable. M. Huchard conseille de donner XX gouttes d'extrait fluide trois fois par jour.

M. Bonnaire prescrit en général 2 grammes en teinture dans les vingt-quatre heures ; on peut également donner l'*hydrastis* en pilules de 5 centigrammes cinq fois par jour.

On se trouvera en général très bien de l'administration simultanée de l'iodure de potassium et de l'*hydrastis canadensis* comme toniques et hémostatiques.

Lorsque les hémorrhagies sont abondantes et s'accompagnent d'anémie, il faudra réparer les désordres qu'elles auront causés, on devra prescrire une suralimentation méthodique et surveillée pour éviter les troubles gastro-intestinaux ; on conseillera les viandes crues, les poudres de viande et de légumes, la somatose, les peptones, les œufs, on agira simultanément avec le fer.

Enfin, on ne devra pas craindre d'avoir recours aux injections de sérum de Hayem à la dose de 500 grammes dans les 24 heures pour rehydrater le sang. Si les syncopes sont à craindre, si l'état lyotémique révèle une anémie grave et rapidement inquiétante, on emploiera volontiers les injections d'éther, de caféine, d'huile camphrée, on réchauffera la malade du mieux que l'on pourra et l'on restera attentif dans l'état d'expectation armée.

Ceci nous amène à parler du traitement obstétrical.

b) *Obstétrical*. — Il se résume en un mot : provocation de l'accouchement.

C'est une décision grave qu'on ne doit accomplir qu'en toute connaissance de cause et après y avoir mûrement réfléchi.

Existe-t-il des règles qui permettent d'apprécier le moment utile de l'intervention ? non hélas ! et nous en sommes réduits à nous contenter d'une approximation relative.

Charpentier disait qu'une grossesse devait être interrompue quand la malade subissait un amaigrissement notable et rapidement progressif ; cet amaigrissement qui d'abord marche lentement se traduit plus tard par des diminutions de 5 à 600 grammes par jour, c'est à ce moment, dit-il (*in Traité pratique des Accouchements*, 1890) que nous intervenons sans hésiter quel que soit l'état fébrile ; et plus tard, en 1895, il ajoutait dans une séance à la Société obstétricale de France, à propos de la même question : « Je suis devenu avec l'âge

plus interventionniste qu'autrefois, j'ai eu trop de déconvenues en attendant. »

Sur quoi pouvons-nous donc nous baser pour nous croire autorisé à intervenir ?

Il ne s'agit pas ici de dénutrition intense, et le critérium précédent ne saurait nous servir.

Deux situations peuvent se présenter.

L'enfant est mort et nous en avons la preuve absolue ; ou bien l'enfant est vivant ou présumé vivant.

Le premier cas est rare, il est, nous l'avons vu, souvent presque impossible d'être affirmatif dans le sens de la non-vitalité du fœtus ; si celle-ci était néanmoins, nous n'aurions aucune raison de temporiser ; la seconde partie de la proposition est de beaucoup la plus fréquente ; que devons-nous faire ? M. Bonnaire ne craint pas d'affirmer que lorsque l'état de la mère devient rapidement grave et inquiétant et lorsque la numération de ses globules tombe au-dessous de 2 millions nous sommes non seulement autorisés à intervenir, mais qu'il est de notre devoir de pratiquer l'accouchement forcé, nous ne saurions évidemment mieux faire que de suivre ses conseils ; mais il n'est pas à la portée de tout médecin de pouvoir faire un examen de l'état globulaire et force est souvent à ces derniers de se contenter d'un à peu près ; car, avouons-le, l'à peu près clinique n'est souvent que la confirmation de la preuve donnée par le laboratoire et nous pouvons dès lors énoncer les lois suivantes :

Quand chez une femme atteinte d'hydrohématorrhée déciduale l'état général est grave, rapidement inquiétant

et que l'examen hématimétrique révèle un abaissement du taux globulaire à 2 millions on est autorisé à intervenir de suite ; quand, au contraire, l'état général se maintient assez bon avec un abaissement globulaire semblable au précédent on peut temporiser jusqu'à ce qu'on arrive à ne plus compter que 1.200.000 globules rouges, à ce moment-là il faut quand même et de toute façon intervenir pour pratiquer l'accouchement.

Le médecin de campagne qui n'a pas à sa disposition ces moyens d'investigation et qui surtout ne peut les répéter journellement peut être souvent fort embarrassé mais avec de grandes réserves il doit se rappeler qu'il aura souvent moins à regretter une intervention trop hâtive qu'une opération trop tardive.

Préventif.

Que l'accouchement ait été provoqué ou spontané, qu'il ait été à terme ou avant terme, il faudra ensuite traiter la maladie causale pour éviter le retour des mêmes complications.

S'il y a eu rétention placentaire ou caduciale, on ne doit pas hésiter à faire un curetage.

M. Bonnaire le préconise et le fait systématiquement dans tous les cas, que la délivrance ait été complète ou non.

C'est un moyen de débarrasser l'organe de ces tissus dégénérés, qui ne demandent qu'une nouvelle grossesse pour reproduire de pareils accidents.

Comme traitement général, on conseillera à la femme de rester longtemps au régime de l'iodure de potassium. Ce médicament qui pendant la grossesse, produit des effets tout à fait incertains, prépare merveilleusement la muqueuse utérine à recevoir un nouveau produit de conception. M. Bonnaire a constaté ainsi plusieurs cas dans lesquels des femmes ont pu mener à bien leurs grossesses, grâce à ce médicament, après plusieurs avortements dus à de l'hydorrhée déciduale.

OBSERVATIONS

Observation 1

N° 1712 du registre, 1901.

Recueillie dans le service de M. le D^r BONNAIRE, à la Maternité de Lariboisière.

M. G. M..., ferblantière, âgée de 35 ans.

Ne présente rien du côté de ses ascendants : vivants et bien portants.

Personnellement réglée à 14 ans, régulièrement.

A une bronchite à l'âge de 3 ans, c'est sa seule maladie.

Elle a eu 5 accouchements spontanés à terme, trois des enfants sont morts accidentellement de convulsions, de diphtérie et de gastro entérite ; les deux autres sont bien portants.

A eu ses dernières règles le 25 juin 1901.

Reçue au dortoir le 13 novembre, enceinte de 4 mois 1/2.

Ce qui l'amène à l'hôpital ce sont des pertes incessantes de liquide hémorrhagique depuis 15 jours.

Les pertes constatées dès son entrée sont rosées, plus pâles au centre qu'à la périphérie bordée d'un halo rosé. La quantité

du liquide perdu est appréciée systématiquement de la façon suivante : les linges étaient pesés avant que la malade ne s'en serve et au moment où on les retirait ; la différence de poids indiquait approximativement la quantité de liquide écoulé.

Le 16 novembre. — La malade perd 15 grammes ; le traitement institué est le repos.

Le 17 novembre. — 15 grammes, la malade se plaint de douleurs et de pesanteur dans le bas-ventre au moment de l'écoulement de liquide.

Le 18 novembre. — 20 grammes, état stationnaire.

Le 19. — 30 grammes, le liquide est grisâtre.

Le 20. — 100 grammes, le liquide est plus rouge que d'ordinaire, la malade éprouve des poussées dans le bas-ventre quand se fait l'écoulement. On institue une potion d'hydrastis canadensis.

Le 21. — 90 grammes de liquide grisâtre et roussâtre, quelques taches sont franchement rouges, douleurs hypogastriques. La malade prend 2 grammes d'hydrastis.

Le 22. — 110 grammes de liquide semblable à celui des jours précédents. Même traitement.

Le 23. — 60 grammes.

Le 25. — 90 grammes d'un sang clair ; on ordonne trois injections vaginales très chaudes.

Le 25. — 120 grammes de sang, presque pur.

Le 26. — 70 grammes de sang, presque pur.

Le 27. — 60 grammes et le 28, 80 grammes de sang rouge avec émission de quelques caillots.

Le 29 et le 30. — 100 grammes de liquide presque blanc.

Le 1^{er} décembre. — Avortement à 9 heures du matin, la délivrance naturelle est incomplète.

Observation 2

N° 1817 du registre, 1901.

Recueillie dans le service de M. le Dr BONNAIRE,
à la Maternité de Lariboisière.

Mme G. M..., verrière, âgée de 23 ans, IV pare.

Réglée à 14 ans, règles régulières et abondantes, durent six jours en moyenne.

A un premier enfant en 1897, né à 8 mois 1/2, mort-né. Un second en 1899, à terme et bien portant, une fausse couche en 1900, de 3 mois.

Les dernières règles datent du 28 avril au 2 mai 1901.

La grossesse a évolué normalement jusqu'au 13 décembre. Ce jour-là, la malade perd brusquement un liquide hydro-hémorrhagique abondant.

Le 16 décembre. — Elle entre à l'hôpital, et on ordonne 3 grammes d'hydrastis canadensis en potion.

La serviette pesée comme dans l'observation précédente, révèle une perte de 180 grammes de liquide hydro hématorrhéique.

Le 18 et 19 décembre. — La malade a encore perdu 180 grammes de sang clair. La malade ressent des contractions douloureuses dans le bas-ventre, au moment de l'écoulement du liquide qui sort comme un flot. Le liquide est envoyé à la pharmacie pour être analysé.

Le 20 décembre. — La femme a souffert toute la nuit de douleurs qui précèdent l'expulsion du liquide. Mais les pertes sont moins abondantes, évacuées surtout pendant la nuit : environ 100 grammes.

L'enfant est vivant. Le traitement du début est continué.

Le 21 décembre. — Issue d'environ 90 grammes de liquide hydro-hémorrhagique, la malade a éprouvé des contractions toute la nuit, plus accentuées à partir de minuit.

A 9 heures du matin, examen obstétrical, dilatation de 1 franc, membranes intactes, bord de l'orifice assez durs.

Les contractions fortes se produisent très rapprochées, très douloureuses, l'écoulement a cessé presque complètement depuis le début du travail.

A 3 heures du soir, dilatation d'une petite paume de main.

A 3 heures 1/4, accouchement spontané d'un enfant vivant, né à 7 mois 1/2.

L'expulsion placentaire vient aussitôt après, avec rétention des membranes.

Observation 3

N° 1690 du registre, 1901.

Recueillie dans le service de M. le Dr BONNAIRE.

Avortement de 5 mois 1/4. Délivrance naturelle incomplète, rétention du caduque Injection utérine iodée.

L. M..., âgée de 28 ans, cartonnrière, IV pare.

Née de parents bien portants.

Réglée à 16 ans, régulièrement.

Premier accouchement en 1896, spontané, à terme. Enfant mort à 6 mois en nourrice.

Deuxième accouchement en 1897, à 6 mois 1/2, après d'abondantes métrorrhagies, fille morte au quatrième jour.

Troisième accouchement en 1898, à terme, garçon vivant, allaitement maternel.

La malade rentre le 3 décembre 1901, à Lariboisière pour pertes sanguinolentes ; le diagnostic posé est celui d'hyrorrhée décédual. Le traitement institué est le repos au lit et une potion d'hydrastis canadensis, 2 grammes.

Le 4 décembre. — La malade perd 10 grammes.

Le 5 décembre. — 20 grammes dans la nuit.

Le 6 décembre. — 25 grammes dans la nuit.

Le 7 décembre. — 60 grammes dans la nuit.

Le 8 décembre. — 10 grammes de liquide clair sans odeur, la malade perd brusquement par intervalles, il lui semble qu'elle urine.

Le 9 décembre. — 15 grammes.

Le 10 décembre. — Pas de pertes.

Le 11 décembre. — Dans la nuit la malade perd un peu et ressent en même temps quelques douleurs lombaires dans le bas-ventre, précédant les émissions. A 6 heures du matin, il y a écoulement brusque d'un flot de sang très rouge. La quantité recueillie dans un bassin est de 120 grammes plus 130 grammes perdues dans les serviettes et l'aléze pesées.

Le 12 décembre. — La malade ressent des douleurs de plus en plus exagérées. A 6 heures du matin, l'écoulement est continuuel avec contractions plus fortes, mais moins fréquentes. Il n'y a aucun signe de début de travail, l'enfant est vivant.

Le 13 décembre. — Émission d'environ 30 grammes de liquide grisâtre, les douleurs sont moins fortes et moins régulières que les jours précédents.

L'examen du sang et la numération globulaire qui atteint 5.558.000 n'a rien qui doive actuellement alarmer.

Le 14 décembre. — 10 grammes de liquide.

Le 15 décembre. — 20 grammes de liquide grisâtre, la malade ne souffre plus.

Le 16 décembre. — 30 grammes de liquide rosé, pas de douleurs.

On ordonne une potion avec 2 grammes d'iodure et hydrastis canadensis.

Le 17 décembre. — 30 grammes de liquide ayant les mêmes caractères.

Le 18 décembre. — 40 grammes de liquide grisâtre.

Le 19 décembre. — 40 grammes — —

Le 20 décembre. — 30 grammes — —

Le 21 décembre. — La température est à 37°,2, la malade qui n'a pas perdu depuis l'après-midi de la veille perd brusquement 20 grammes de liquide sans aucune douleur ni avant ni après.

Le 22 décembre. — 20 grammes.

Le 23 décembre. — 10 grammes.

Le 24 décembre. — Le matin, brusque issue de caillots et de 90 grammes de sang presque pur.

Le 25 décembre. — Issue de 110 grammes de liquide sanglant accompagnée de fortes douleurs depuis la veille.

Le 26 décembre. — On n'a plus aucun signe de vie fœtale, la malade perd 70 grammes. On donne, à cause des douleurs de contracture, un lavement laudanisé ; celles-ci persistent cependant et deviennent très fortes le soir. Conduite à la salle de travail à 8 heures. A 9 heures elle expulse spontanément un fœtus de 650 grammes.

Une demi-heure après délivrance naturelle d'un placenta déchiqueté où la caduque épaissie manque presque totalement. Injection iodée.

Le lendemain M. le professeur Bonnaire pratique un curettage suivi d'écouvillonnage.

Observation 4

Recueillie dans le service de M. le Dr BONNAIRE à la Maternité de Lariboisière.

Mme L..., 29 ans, ménagère, habitant Aubervilliers, entre le 6 décembre 1902, au dortoir n° 6, à la maternité de l'hôpital Lariboisière.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

Réglée à 12 ans, les premières menstrues sont abondantes. Devient mère de bonne heure et à 17 ans, en 1890, met au monde un premier enfant vivant. Depuis cette époque elle a eu trois autres enfants en 92 et 96, deux enfants vivants nés à terme, et en 1900 un enfant macéré accouché spontanément à 7 mois.

Les antécédents personnels de la femme semblent montrer une contamination syphilitique niée d'ailleurs par la malade ; elle présente en effet des syphilides pigmentaires du cou, véritable collier de Vénus, qui semblent ne laisser aucun doute sur ce point.

GROSSESSE ACTUELLE. — Quoi qu'il en soit, la grossesse actuelle a débuté au mois d'août, les dernières règles datant du 15 au 18 de ce mois ; elle serait donc au quatrième mois de sa grossesse.

Celle-ci a évolué normalement sans aucun incident jusqu'au 2 décembre, date à laquelle la malade a constaté les premières pertes.

Dans la nuit du 2 au 3, pendant son sommeil et sans aucune douleur, la malade a évacué quelques grammes de liquide qu'elle constatait à son réveil ; ce liquide qui s'était écoulé sur les draps, avait laissé des marques blanchâtres empesées et cerclées d'un bord légèrement rosé.

Les jours suivants, les mêmes incidents se reproduisent le jour comme la nuit et obligent la femme à se garnir ; ces pertes sont peu abondantes, toujours légèrement teintées, se produisent sans aucune douleur et sont intermittentes, brusques, semblables à celles que produirait la rupture d'une poche remplie de liquide.

Mais le 5 et le 6 décembre, les pertes sont si abondantes que la malade vient consulter à la Maternité de Lariboisière.

M. le Dr Bonnaire diagnostique une hydorrhée déciduale et l'admet à l'hôpital.

Du 6 au 10 décembre. — Il n'y a aucun écoulement, les symptômes primitivement constatés semblent s'arrêter, du fait, peut-être, de l'immobilisation au lit et la malade se reprend à espérer.

Mais dans la nuit du 9 au 10, les pertes réapparaissent et au réveil la compresse placée au-devant de la vulve est parsemée de taches rosées à centre plus opaque, à cercle périphérique plus clair et légèrement teinté.

Le 11. — Les pertes continuent et sont plus rouges.

Celles du 12 sont couleur saumon avec cercle grisâtre.

Elle n'a pas de pertes pendant le jour.

Le 13. — Il n'y a aucune issue de liquide et la malade désire s'en aller.

Du 13 décembre au 7 janvier. — Les pertes sont presque continues, deviennent de plus en plus rouges et augmentent d'in-

tensité progressivement ; pendant tout ce laps de temps, la malade a repris sa vie journalière.

Le 8 janvier. — Elle revient de nouveau à Lariboisière où on l'admet, et le repos au lit calme encore une fois ces hydro-hématorrhées devenues moins fréquentes et moins abondantes.

Le 9. — Elle perd très peu.

Du 9 au 11. — Aucune manifestation de l'état morbide.

Elle sort le 14 janvier 1903 et rentre le 17 parce que la reprise de sa vie habituelle, avait été accompagnée du retour des mêmes symptômes. Avec le repos, le calme revient progressivement jusqu'au 2 février.

Le 2 février. — Pertes plus abondantes que toutes les précédentes.

Le 3 février. — La malade ne sentant plus remuer, on pratique l'auscultation qui ne permet pas de découvrir les battements du cœur.

Le 5 février. — A 5 h. 1/2, la femme étant sur le bassin ressent des poussées, et à 6 heures, sans douleur aucune, elle expulse un fœtus mort et macéré de 170 grammes

Il y a rétention d'une partie du placenta. Le tamponnement utérin est fait à la gaze iodoformée.

Le 6 février. — On termine par un curetage l'extraction des débris placentaires qu'on extrait facilement avec une pince mouchette.

L'opération est accompagnée d'un attouchement iodé avec écouvillonnage à la glycérine créosotée et injection vaginale à l'eau oxygénée, les suites de couches sont normales.

Pendant toute la durée des phénomènes qui ont amené la malade à l'hôpital aucune fois on n'a pu constater d'élévation de température. Le pouls est resté normal et à aucun moment

la malade n'a présenté de symptômes inquiétants pour son état général.

Les pertes hémorrhagiques pour si répétées qu'elles aient été, n'ont amené cependant aucun affaiblissement.

Tout s'est exclusivement borné à ce symptôme d'hydro-hématorrhée sans aucune réaction ni locale ni générale.

Observation 5

N° 242 du registre, 1902.

Recueillie dans le service de M. le Dr BONNAIRE, à l'hôpital
Lariboisière

Avortement de 4 mois environ.

Mme B. L..., ménagère, âgée de 38 ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort subitement à 59 ans.

Mère 59 ans, cardiaque.

Frères 2 dont 1 cardiaque.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à 13 ans régulièrement.

Coliques hépatiques depuis l'âge de 23 ans, les crises reviennent de temps à autre, IX-pare.

Premier accouchement, 22 ans, à terme, spontanément : fille élevée au sein, morte actuellement.

Deuxième accouchement, 23 ans, à terme spontanément, garçon vivant.

Troisième accouchement, à terme, spontanément, garçon mort de rougeole à 15 mois.

Quatrième accouchement, à terme, spontanément, garçon mort de broncho-pneumonie à 15 mois.

Cinquième accouchement, fausse couche de 4 mois 1/2.

Sixième accouchement, à terme, enfant vivant.

Septième accouchement, prématuré, à 6 mois 1/2 mort depuis.

Huitième accouchement, à terme spontanément, enfant vivant.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles du 30 septembre au 2 octobre.

Depuis le 15 décembre. — La malade a des hémorrhagies continuelles.

Vers le 12 janvier. — Il y a eu une forte métrorrhagie et depuis elle perd de temps en temps.

Entrée à la Maternité de Lariboisière le 23 janvier pendant un peu de sang.

Da 23 au 29 janvier. — La malade a perdu quelques gouttes de liquide sanglant mais n'a pas eu de contractions.

On prescrit 2 grammes d'hydrastis et iode.

Le 30 janvier. — La serviette pesée donne 20 grammes de liquide sanglant plus rouge que précédemment.

La malade est au repos.

Le 31 janvier. — Quelques petites douleurs pendant la nuit mais au toucher le col est dur et fermé.

Elle perd 20 grammes de sang pur. La prescription d'hydrastis et iode est continuée.

Le 2 février. — Température normale, petites douleurs, émission de 20 grammes de liquide.

Le 3 février. — Même état, 25 grammes de liquide.

Le 4. — 25 grammes de sang et de liquide grisâtre.

Le 5. — La malade a très peu perdu. A peine quelques grammes sous forme de taches grisâtres. Température normale, pas de contractions. Même traitement.

Le 6. — 20 grammes de liquide

Le 7. — Quelques grammes de sang et contractions.

Le 8. — Pas de pertes.

Jusqu'au 18. — L'état est excellent, la malade ne perd pas, ne souffre pas.

Le 18 février. — Vers 4 heures du soir elle éprouve de violentes contractions avec pertes sanglantes et elle expulse un fœtus de 30 grammes, à 6 h. 1/2, pas d'expulsion placentaire.

Injection vaginale chaude et injection utérine.

Le 20 février. — Extraction du placenta à l'aide des pinces mouchettes, curettage.

Injection utérine iodée.

Part le 28 février en bon état.

Observation 6

N° 337 du registre, 1902.

Recueillie dans le service de M. le D^r BONNAIRE.

Mme C. Th..., 33 ans, ménagère.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père bien portant. Mère morte de pleurésie.

Sœur bacillaire.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à 16 ans 1/2, régulièrement cinq à six jours chaque fois.

VI pare, tous accouchements à terme.

A 20 ans, enfant vivant bien portant.

A 22 ans, enfant vivant, bien portant.

A 24 ans, enfant mort à 3 mois.

A 26 ans, enfant vivant, bien portant.

A 28 ans, enfant mort de coqueluche à 3 mois.

A depuis longtemps présenté de la leucorrhée.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles du 10 au 15 novembre.

Elle entre à la Maternité de Lariboisière le 7 mars, parce qu'elle perd du sang depuis quelque temps, mais présentant tous les symptômes d'une grossesse, de 3 mois 1/2 ou 4 mois, sans début de travail, l'utérus cependant est un peu mou, et la malade se plaint surtout de contractions abdominales légères et de douleurs lombaires très accentuées.

M. Bonnaire prescrit un lavement laudanisé et le repos au lit.

Dans l'après-midi, la malade perd une assez grande quantité de liquide sanglant; un deuxième lavement est donné le soir. Pendant la nuit, les douleurs abdominales se calment un peu et la malade repose.

Le 8 mars. — Elle perd environ 10 grammes de sang pur.

On donne un nouveau lavement laudanisé.

Une potion de valériame destinée à calmer l'érétisme nerveux.

Le 9 mars. — La malade se plaint de maux de tête. Il y a un léger frisson, la température atteint 38°,6, les douleurs lombaires persistent, mais peu accentuées, il n'y a pas de pertes.

On ordonne 1 gr. 50 d'antipyrine en deux fois, un lavement laudanisé, et une purgation à l'eau de Sedlitz.

Le 10. — Pas de pertes.

Le 11. — 45 grammes de liquide roussâtre.

Le 12. — 45 grammes de liquide grisâtre et d'odeur fétide. Contractions douloureuses et fortes, précédant les émissions du liquide.

On conserve la même potion.

Dans l'intervalle des pertes, l'utérus est extrêmement mou.

Vers 9 heures du soir, contraction utérine violente, avec perte abondante hydro-hématorrhéique.

Lavement laudanisé chaud, qui ne calme pas les douleurs. Celles-ci sont de plus en plus fréquentes, la malade perd du sang pur.

Le 13. — Expulsion à 5 heures du matin d'un œuf entier, pesant 410 grammes.

Injection utérine iodée.

La malade part guérie le 21 mars, sur sa demande.

Observation 7

N° 1454 du registre, 1902.

Récueillie dans le service de M. le Dr BONNAIRE.

Avortement 3 mois 1/2.

Mme X..., 25 ans, ménagère, entre à l'hôpital Lariboisière le 8 décembre 1902, parce qu'elle perdait de l'eau et du sang depuis dix jours.

Rien du côté de ses antécédents héréditaires.

La mère est morte cardiaque. Il n'y a pas de jumeaux, la malade a marché à 9 mois et a continué à bien marcher.

Comme maladies elle a eu une rougeole et des amygdalites qui ont nécessité une opération.

Réglée à 16 ans, les menstrues sont régulières et abondantes.

Mariée à 20 ans. Elle a eu deux enfants.

Un premier à 7 mois à la suite d'une chute.

Un deuxième à terme. Elle les a nourris.

Rien de particulier pendant l'accouchement, présentations du sommet, pas de couches pathologiques, et d'après ce qu'elle dit

ni fièvre, ni accidents ; elle a sévéré le dernier parce qu'elle était atteinte du tœnia.

Les règles sont revenues et pour la dernière fois du 29 juillet au 4 août.

Pendant cinq semaines elle a eu des malaises, quelques nausées.

Au mois de septembre elle perd un peu de sang très clair pendant trois semaines ; elle l'attribue à des secousses en voiture.

Le 30 novembre. — A la suite d'un effort elle éprouve une très violente douleur et depuis cette époque il s'écoule un liquide blanc rosé puis enfin du sang presque pur.

La sage-femme consultée lui fait entrevoir une fausse couche.

Un médecin lui conseille d'entrer à la Maternité où elle vient le 8 décembre.

Depuis son arrivée les pertes continuent.

Le 11. — Elle expulse des caillots à la suite de douleurs.

L'examen général, le 11 décembre, fait constater un visage pâle, la malade paraît fatiguée, affaiblie. Il n'y a rien d'anormal du côté du squelette, ni de la peau, pas de stigmates, les urines sont normales.

A l'examen local on trouve un ventre pas très développé, remontant à quatre travers de doigts au-dessus du pubis constituant une tuméfaction un peu plus dure qu'à l'état normal.

C'est bien l'utérus de 3 mois $1/2$ à 4 mois.

Le palper provoque quelques contractions.

Il n'y a rien du côté de la vulve ni du bassin, si ce n'est un écoulement qui sous la compresse vulvaire donne une tache de sang grise au centre, avec une auréole rosée sur le pourtour.

Le toucher nous fait constater un vagin mouillé, lavé par ce

liquide. Le col est irrégulier, déchiré sur le côté gauche, l'orifice externe est ouvert.

Avec le toucher et le palper combinés, on sent très bien l'utérus plus dur que normalement.

M. Bonnaire trouve un col en forme de toupie épointée, il croit l'œuf ouvert, le placenta flottant dans la cavité ; aussi basé sur cette sensation, sur celle d'un corps mou mobile, tombé sur le segment inférieur et sur celle que donne la dureté de l'utérus, enfin sur l'aspect des hémorrhagies des jours précédents, M. Bonnaire pense plutôt à un avortement qu'à une hydro-hématorrhée.

Mais à 3 heures, le 12 décembre, la malade expulse spontanément un œuf complet pesant 150 grammes, les constatations anatomo-pathologiques confirmèrent le premier diagnostic.

Observation 8

N° 739 du registre, 1902.

Recueillie dans le service de M. le Dr BONNAIRE.

C. Ph..., crémière, 32 ans, II pare.

Un accouchement à terme normal par le sommet, fille vivante.

Réglée de bonne heure, règles régulières.

A eu de la leucorrhée étant jeune fille. Semble avoir eu une atteinte de blennorrhagie il y a 5 ans, pertes jaunes, règles plus fréquentes toutes les trois semaines. Douleurs dans l'abdomen.

GROSSESSE ACTUELLE : Dernières règles du 20 au 26 décembre 1901.

La grossesse a évolué normalement jusqu'au milieu de février où la malade fait une chute sur le ventre.

Le 7 mai. — La malade perd un peu d'eau claire.

Dans la nuit du 29 mai elle a des pertes plus abondantes d'eau et de sang.

Elle entre à la Maternité de Lariboisière le 30 pour ces pertes qui s'accompagnent de petites douleurs.

A l'examen, la femme présente du côté du cœur le premier temps prolongé avec souffle mitral, à la pointe.

Nous ne trouvons aucun signe objectif du côté du poumon, bien que la malade ait eu des bronchites à répétition depuis 3 ans, époque à laquelle elle a commencé à maigrir.

Du côté de l'utérus celui-ci remonte un peu au-dessous de l'ombilic légèrement dur, mobile, le col long est fermé, la quantité de liquide ne semble pas très abondante ; les bruits du cœur sont perçus ; la mère sent remuer.

La malade est mise au repos au lit avec lavement laudanisé et trois grammes d'hydrastis canadensis

Les jours suivants la malade perd journellement une quantité plus ou moins considérable de liquide hydrorrhéique légèrement teinté de sang.

Le 7 juin. — Hydrorrhée pure accompagnée de petites douleurs qui se continuent jusqu'au 9 juin. La malade ne sent plus remuer.

Ce jour-là après de violentes contractures douloureuses abdominales qui se répètent périodiquement, la malade expulse un fœtus de 600 grammes qui fait quelques inspirations.

La délivrance spontanée est incomplète, placenta de 260.

Il y a rétention de toute la caduque.

Observation 9

Recueillie dans le service de M. le D^r BONNAIRE, à la Maternité de Lariboisière.

J. Th., 37 ans, VII pare.

Réglée à 11 ans régulièrement, trois à quatre jours chaque fois.

Ne présente rien du côté de ses antécédents héréditaires, son père est mort asthmatique.

S'est mariée deux fois, avec son premier mari elle a eu quatre enfants.

1^o en 1884, à terme, enfant mort-né, crises éclamptiques.

2^o en 1889, à terme, une fille actuellement vivante.

3^o en 1892, à terme, un enfant rachitique.

4^o en 1895, une fausse couche de quatre mois suivie de curettage.

Le père de ces quatre enfants était un alcoolique hépatique.

Le second mari bien portant a eu deux enfants avec cette femme ; De ces deux enfants, l'un : 5^o est né en 1896, à terme, mort à 2 ans 1/2 de méningite.

L'autre : 6^o né à terme, malgré une métrorrhagie ayant apparu 45 jours avant l'accouchement.

La malade entre à la consultation le 17 novembre pour pertes abondantes et récidivantes se reproduisant depuis un mois

Dernières règles au milieu de juin, les premiers mois de la grossesse n'ont rien présenté d'anormal.

Le 1^{er} novembre. — Elle a perdu abondamment un liquide blanc rosé.

Ces pertes se sont arrêtées pour se reproduire à nouveau le 17 novembre moins abondantes et franchement teintées de sang ; c'est pour ce motif qu'elle entre à l'hôpital.

EXAMEN. — Utérus remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mobile et régulier. Col mou largement déchiqueté avec quelques noyaux indurés. Bruits du cœur non perceptibles mais la mère dit avoir senti remuer depuis quelques jours.

La malade est une tuberculeuse avérée et on trouve aux sommets une respiration soufflante avec craquements et matité assez étendus.

Elle a en outre de la laryngite bacillaire caractérisée par une pachydermite de la région arythénoïde antérieure avec ulcérations : les cordes vocales sont rouges, non ulcérées.

Le 18 novembre. — Les pertes constatées la veille se reproduisent. Jusqu'au 24 novembre tout rentre dans l'ordre.

Le 24 novembre. — Elle a de nouveau des pertes abondantes, rosées, empesant le linge, entourées d'un halo, l'analyse du sang montre un taux globulaire de 5,549.000 globules rouges.

Le traitement institué consiste en un régime alimentaire composé de poulet, jambon, beurre et viande crue. On donne en outre des lavements créosotés.

Les jours suivants, l'hydrorrhée persiste avec des caractères variables dans son intensité et sa couleur.

Le 10 décembre. — La compresse vulvaire est couverte de taches caractéristiques.

Le 11 décembre. — On fait des pointes de feu aux deux sommets.

Le 12 décembre. — Les pertes sont plus abondantes et la malade se plaint de douleurs rénales.

Le 13 décembre. — Les pertes sont très abondantes.

Le 14 décembre. — Elles diminuent.

Le 15 et le 16 décembre. — La malade a des pertes abondantes et pâles; dans l'après-midi du 16 elles augmentent et sont très rouges, elles continuent dans la nuit jusqu'à 6 heures du matin.

Le 18 décembre. — Elle ressent une violente douleur du côté gauche; on donne 1 gramme de morphine.

Les jours suivants la douleur persiste moins intense.

Le 23 décembre. — Dans la nuit contractions douloureuses abdominales; on prescrit un lavement laudanisé.

Le 24 décembre. — Les contractions reviennent plus fréquentes, l'examen obstétrical montre un col fermé et ramolli mais à la fin de la matinée le travail commence et à 3 heures la femme expulse un fœtus de 800 grammes qui vit 1/2 heure.

Le placenta ne se décolle pas, il y a un début d'hémorrhagie.

A 2 h. 1/2 M. Bosc, l'interne du service, fait la délivrance artificielle.

La face utérine du placenta déchiquetée paraît complète, le poids total est de 170 grammes, la délivrance est suivie d'injections utérines iodées et de 500 grammes de sérum Temp. 37°,6.

Observation 10

Prise dans les *Arch. für Gynack.* Berl. 1902, est l'objet d'une communication de FLECK (G.), Institute Beitrag für aetiologie des hydorrhea gravidarum.

Femme de 30 ans, ayant eu 4 couches normales, la dernière y a 6 ans.

Il y a trois ans, grossesse pathologique ; accouchement d'une môle hydatiforme , après **un seul retard** de règles.

En bonne santé jusqu'au troisième mois de sa grossesse actuelle.

Dernières règles, août 1901.

En juillet subitement, écoulement d'eau sanguinolente, elle croit à une fausse couche et garde le lit.

Les jours suivants, les douleurs qui avaient apparu disparaissent, l'écoulement diminue puis reparaît plus ou moins fort suivant les jours ; le plus souvent blanchâtre.

Sur le conseil d'un médecin, elle s'alite de nouveau ; l'écoulement continue, devient sanglant en septembre, plus accentué en octobre.

On ne trouve aucune néoformation du col utérin.

On aurait pu penser, dit l'auteur, à un décollement placentaire, mais la grossesse aurait été interrompue plus tôt, et l'enfant vivait. Il fallait donc penser à un placenta prævia ou à une endométrite déciduale.

La môle de la dernière grossesse était un argument de plus en faveur de cette hypothèse.

Au moment de l'accouchement, on ne sentit ni placenta ni membranes, on ne put savoir quand s'était fait la rupture de la poche des eaux puisqu'elle n'avait pas eu lieu à la clinique et que d'autre part la malade n'avait pas eu chez elle de pertes considérables.

L'arrière-faix vint un quart d'heure après l'accouchement ; au premier abord, les membranes semblent manquer, elles sont réduites à une bande circulaire s'insérant au placenta sur 1 centimètre d'un côté ; sur 2 de l'autre, il s'agit d'un placenta marginé.

Les membranes ont perdu leur élasticité, les feuillets ne se laissent pas séparer les uns des autres.

Suit un ensemble de déductions que nous avons déjà rapportées au cours de ce travail.

Observation 11

N° 658, mai 1903.

Recueillie dans le service de M. le Dr BONNAIRE, à la Maternité de Lariboisière.

Ch. Cl..., 34 ans, ménagère.

Réglée à 13 ans, régulièrement. a eu plusieurs angines.

IV pare : trois, accouchements antérieurs à terme, 1 enfant mort de méningite à 2 mois.

Un avortement de 4 mois 1/2 en décembre 1902.

A. H. — Père mort de dysentérie

Mère morte de bronchite.

GROSSESSE ACTUELLE. — D. R., du 15 au 20 janvier 1903.

Avant son entrée dit avoir eu des pertes de sang.

Le 8 avril. — Elle entre à la Maternité de Lariboisière.

Le 9 avril. — La malade ressentant des douleurs utérines on administre un lavement avec XXV gouttes de laudanum. Une demi-heure après la malade expulse des caillots et perd assez abondamment.

Le 25 avril. — L'hématimétrie donne 4.092.000 globules rouges, la malade continue à perdre jusqu'à ce jour des caillots avec suintement sanguin intermittent, surtout nocturne.

Le 20 mai. — Rentre chez elle. A 2 heures du soir ressent de violentes douleurs et expulse spontanément un fœtus de 115 grammes. Ayant une hémorrhagie assez grave on l'amène immédiatement à la Maternité.

Elle expulse spontanément un placenta découronné pesant 120 grammes.

SUITES DE COUCHES. — La malade est très anémiée.

Le 20 mai. — Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum.

Le 21 mai. — Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum.

Le 22 mai. — Elle expulse spontanément une masse d'apparence polypeuse ayant la forme de l'utérus et pouvant donner lieu à des interprétations diverses.

Ou bien caillot qui se serait formé pendant le temps du décollement de l'œuf.

Ou bien polype décidéal bénin ou malin.

Le 23 mai. — M. Bonnaire fait un curettage et extrait de nombreux débris ayant mauvais aspect.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Attouchement 10.

Le 25 mai. — Anémie persiste.

Numération globulaire : 2.263.100 globules rouges.

On administre un régime réconstituant :

Viande crue. Vin de Banyuls. Injection de cacodylate de fer (1 gr. par jour).

Injection vaginale matin et soir.

Le 6 juin. — Numération globulaire : 2.883.000 globules rouges, 11.625 globules blancs.

Le 10 juin. — Part en bon état pour Marly.

Examen histologique des débris. Permet de démontrer qu'il s'agit d'un déciduôme bénin.

CONCLUSION

1° L'hydrorrhée déciduale pure est rare ; elle est plus souvent accompagnée d'hémorrhagie qui la transforme en hydro hématorrhée ; voire même en hématorrhée déciduale.

2° Elle se caractérise cliniquement par des écoulements, laissant sur les linges des taches caractéristiques. Ces pertes interrompues et récidivantes sont graves pour le fœtus toujours, l'avortement ou l'accouchement prématuré en étant l'aboutissant le plus habituel ; grave quelquefois pour la mère du fait soit d'une complication infectieuse, soit, ce qui est plus fréquent, d'un état d'anémie hémorrhagique qui accompagne naturellement ces hydro-hématorrhées récidivantes et dont le terme ultime, mais rare, est la mort.

3° Cette maladie trouve son explication dans l'existence d'une endométrite chronique prégravidique ou gravidique liée souvent à l'existence de grossesses antérieures répétées, aboutissant à l'état dégénératif de la caduque ; celui-ci pouvant revêtir divers types dont l'aboutissant le plus grave semble être la môle hydatiforme. Les lésions peuvent être localisées et uniquement caduciales ou plus étendues et atteindre le placenta.

4° Le diagnostic de l'affection est facile; il y a lieu de s'assurer d'abord de l'état de grossesse et ne pas confondre la maladie que nous étudions avec une tumeur kystique de l'utérus. Si la grossesse est reconnue il faut distinguer l'hydrorrhée déciduale de la rupture prématurée des membranes dont un des meilleurs signes est la disparition du ballotement fœtal.

Le diagnostic pour être complet devra comporter celui des complications et notamment celui de l'anémie et de son degré, celui enfin de la vitalité fœtale dans les cas rares où il est possible.

5° Le traitement doit être palliatif et prophylactique : le traitement palliatif consistant en repos absolu, décongestif utérin et réparation des hémorrhagies. L'hydrastis canadensis semble être le médicament de choix.

Si l'état anémique est grave et le taux globulaire au-dessous de 2 millions on devra provoquer l'accouchement.

Le traitement préventif tiendra compte de l'endométrite préexistante ; il ne sera préventif que pour une grossesse ultérieure.

Le curettage est indiqué.

L'administration prolongée de l'iodure de potassium donne les meilleurs résultats.

Vue : le Président de la thèse,

CORNIL

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le vice-recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AURÉGAN. — *De l'hydrorrhée déciduale*. Thèse Paris, 1897.
- BASSET. — *De l'hydrorrhée*. Thèse Paris, 1858.
- BOR. — *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*, 1886.
- BONNAIRE. — Sem. Médicale, 1891.
- BUC. — Archives de Tocologie. Juin 1896, p. 447.
- BONNET. — *De la métrite syphilitique*. Thèse Paris, 1887.
- BOUCHACOURT. — *Etude clinique sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes*, 1858.
- BUDIN. — Obstétrique et Gynécologie, t. I et II.
- CAZEAUX ET TARNIER. — *Traité théorique et pratique de l'art. des accouchements*, 1874.
- BOTTEL. — Nouv. arch. d'obstétrique et gynécol. 1891. Paris 1842, 4 et 15 juillet.
- CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements*, 1896.
- CHASSINAT. — *Mémoire sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes*. Gazette médicale, 1838, p. 454, 465, 609, 635, 669, 734 et 775.
- CHAILLY-HONORÉ. — *Les pertes d'eau pendant la grossesse*. Mémoire extrait du Bulletin général de thérapeutique livraison 15, 30 déc. 1840, t. XXIII.
- CHAZAN. — Centralb. für Gynack, 3 février 1894.
- GAYRAUD (E.). — *Un cas d'hydrorrhée pendant la grossesse*. Gaz. Hebdom. de sc. médi. de Montpellier, 1881, III, 495-499.
- BONNET. — *Hydrorrhée déciduale chez une cardiaque*. Bull. et mém. Soc. obstét. et gynéc. de Pau, 1897, 123-127.
- DESORMEAUX. — Dict. de Méd. en 21 vol. Art. ŒUF. Gaz. méd. Paris, 1837, p. 234 : *Hydropisie traumatique de la matrice*.

- DEPAUL. — Dictionnaire encyclop. des Sc. Méd. Art. ACCOUCHEMENTS, t. I, p. 369.
- DOCKMANN. — *Etude sur l'inflammation de la caduque pendant les couches*. Annales de gynécol. 1872.
- J.-B. GEIL. — *De l'hydrorrhœa gravidarum*. Heidelberg, 1823.
- HEGAR. — *Les glandes de la caduque et l'hydrorrhée séreuse des femmes enceintes*. Revue mens. d'obstétrique, XXII, p. 429, 1863.
- JACQUEMIER. — Dictionn. encyclop. des Sc. médicales. Art. HYDRORRHÉE.
- LEMAIRE. — *Des endométrites hémorrhagiques ou hydro-hémorrhagiques des six premiers mois de la grossesse*.
- LÉOPOLD DE LEIPZIG. — Archives für gynack. 1873, 6^e édition.
- FLECK. — Arch. für gynack. Berl. 1902.
- MAIS DE GRACOVIE. — Pzeglod Le Karski, 1893.
- MAYGRIER. — Traité des accouch. 1817, p. 167, vol. II.
- MOUCHET. — *De l'endométrite au point de vue anatomo-pathologique*. Thèse de Paris, 1880.
- NÆGELE. — *Fall von hydrorrhœa uteri gravidarum*. Heidelb. Ann. 1827, III. 490-92.
- POZZI. — Traité de gynécol. 1892.
- M. — *Hydrorrhée déciduale, huitième mois de la grossesse*. Gaz. des hôpit. de Toulouse, 1888, II, 201-203.
- HÖEVEN. — *Hydrorrhœa gravidarum*. Nederl. Tydsche v. Verlasch. en gynæc Haarlem, 1899, XI-20 1 pl.
- LE ROY DE LANGEVINIÈRE. — Ann. Médic. de Caen, 1876-77, II, 52-55.
- QUEREL. — Marseille médical, 1880, XVII, p. 641-105.
- RIBEMONT-DESAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1894.
- ROY. — Thèse de Paris. 1891.
- STAPPER. — *De l'hydrorrhée*. Thèse d'agrégat, 1880.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, 1886.
- VARNIER. — Revue pratique d'obstétrique, 1892-93.
- ZALINSKI. — Thèse de Pau, 1894.
- GRIMODIE-BONNET. — Sem. gynécol. 13 avril 1897.